

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 avril 1892, à 1 heure

Par EDMOND LABBÉ

Né à Bazouges-la-Pérouze (Ille-et-Vilaine), le 19 janvier 1852

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR LES PNEUMONIES DES DIABÉTIQUES

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
 { HUTINEL, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

163

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 avril 1892, à 1 heure

Par EDMOND LABBÉ

Né à Bazouges-la-Pérouze (Ille-et-Vilaine), le 19 janvier 1852

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR LES PNEUMONIES DES DIABÉTIQUES

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
HUTINEL, NETTER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAX.
Thérapeutique et matière médicale.	N
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BAILLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLÉY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	LIANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Necker

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUCQUOY

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR MERKLEN

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Hommage affectueux et reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAUGIER

Médecin de la maison de Nanterre

Faible témoignage de ma gratitude.

A MON AMI LE DOCTEUR BROUSSIN

Ancien interne des hôpitaux
Chirurgien de l'hôpital civil de Versailles

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS
DE VERSAILLES ET DE LA MAISON
DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LES PNEUMONIES DES DIABÉTIQUES

La fréquence des complications pulmonaires chez les diabétiques avait, de tout temps, frappé les observateurs. Ils avaient remarqué que plus de la moitié de ces malades mouraient de phthisie pulmonaire. Mais ce fut Bouchardat qui dans son mémoire de 1851 attira l'attention sur la gravité extrême de la pneumonie ordinaire, de la pneumonie fibrineuse, dans le diabète. Il la considérait comme toujours mortelle. « Si une pneumonie, dit-il, se déclare chez un glycosurique dont les urines contiennent actuellement du sucre, cette maladie, quoique avec un début peu grave, en apparence, entraîne toujours la mort et souvent dans les vingt-quatre heures. » Durand-Fardel, Marchal de Calvi, protestèrent contre ce pronostic trop sévère.

« Il est probable dit le premier de ces auteurs, que les conditions dans lesquelles nous pouvons supposer les humeurs et les tissus des diabétiques, doivent imprimer une gravité toute particulière aux accidents pathologiques qui surviennent chez eux, et, en particulier, à des accidents de cette nature. Cependant, on ne saurait accepter dans toute sa rigueur le pronostic porté par M. Bouchar-

dat. Il faudrait de nouvelles observations pour apprécier plus sûrement le degré de fréquence de la pneumonie chez les diabétiques et surtout son degré absolu de gravité. Mais ces observations doivent être prises en dehors des hôpitaux où les diabétiques que l'on y rencontre se présentent dans des conditions tout particulièrement défavorables, à cause de l'impuissance où la plupart se sont trouvés de suivre le traitement nécessaire. »

Marchal de Calvi opposa aux cas funestes de Bouchardat un exemple de pneumonie diabétique qui se termina bien. Constantin James en observa un autre. Aussi Bouchardat dans son *Traité du diabète*, 1875, devint-il moins pessimiste : « Lors de mes premières études, dit-il, observant dans les hôpitaux des malades épuisés, et ne suivant pas le traitement convenable, ces morts subites étaient la règle. Elles sont aujourd'hui très rares pour moi et le pronostic de ces complications est moins grave. J'ai vu plusieurs de ces malades se rétablir après avoir été atteints de pneumonies qui me donnaient les plus vives inquiétudes au début. Depuis trois ans, j'ai eu l'occasion de suivre une femme glycosurique très obèse et toujours en sueur, lorsqu'elle se livre au moindre effort corporel ; dans ces conditions, les refroidissements sont fort à redouter : plusieurs fois, ces refroidissements ont été suivis de bronchite et même de pneumonie avec crachats rouillés, dyspnée intense ; les applications de sangsues, la diète, conjuraient ces accidents. Je dois observer que cette malade observait le traitement avec une scrupuleuse exactitude. »

En 1877, Lécorché écrivait dans son *Traité du diabète* : « La pneumonie fibrineuse est aiguë ou chronique. Aiguë, elle peut parcourir son évolution sans encombre. »

Au mois de mai 1891, M. Merklen, médecin de l'hôpital

Saint-Antoine, prenait pour sujet d'une de ses leçons du mardi, un cas de guérison de pneumonie diabétique observé dans son service. Il résumait ainsi son exposé. « La pneumonie emporte les diabétiques débilités, à cause de sa tendance suppurative et gangréneuse. Elle peut tuer les diabétiques albuminuriques par urémie ; elle peut enlever les diabétiques de la forme bénigne ou lente à cause de l'intensité des phénomènes congestifs et de la malignité propre à certaines épidémies. *Mais la mort n'est pas fatale et le pronostic tout en restant grave ne doit pas être désespéré.* »

Notre affectionné maître a bien voulu nous confier sa remarquable observation. Nous en ferons le point de départ de notre étude clinique sur les pneumonies diabétiques dont nous passerons rapidement en revue les formes diverses, avec leurs particularités symptomatologiques et leurs modes de terminaison. Mais pressés par le temps et pour nous limiter, nous laisserons de côté les pneumonies de nature tuberculeuse, ou du moins nous n'en parlerons qu'incidemment dans le cours de ce travail.

M. le professeur Dieulafoy a bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale. Nous le remercions bien vivement de l'honneur qu'il nous fait.

Nous adressons aussi nos remerciements à M. le Dr Netter pour la note bactériologique qu'il nous a communiquée, et à M. le Dr Charrier pour ses utiles conseils.

DE LA PNEUMONIE LOBAIRE CHEZ LES DIABÉTIQUES

La pneumonie lobaire des diabétiques a surtout frappé les observateurs par sa gravité, mais on est encore peu fixé sur son degré de fréquence.

Comme la pneumonie ordinaire, elle frappe tous les âges et se montre surtout chez des malades, éliminant de 60 à 80 grammes de sucre par litre d'urine. Elle apparaît parfois sans cause connue, mais le plus souvent elle semble provoquée par un refroidissement ou par la fatigue. D'après Seegen, il est de règle pour certains médecins, dans le but d'éviter cette complication, d'empêcher les malades d'affronter les fatigues d'une longue route pour se rendre à certaines eaux minérales.

La pneumonie primitive, c'est-à-dire non liée à la tuberculose, la seule que nous étudions ici, ne diffère en rien quant à son siège et à sa tendance aux récidives de la pneumonie qu'on observe chez des sujets non diabétiques.

Elle n'en diffère pas non plus par la nature de ses lésions. Dans certains cas, on a observé nettement dans l'exsudat la présence de la glycose.

Le poumon des diabétiques est un excellent terrain de culture pour les microbes et en particulier pour le pneumocoque. M. le Dr Netter, professeur agrégé, a eu l'occasion d'examiner, au point de vue bactériologique, l'exsudat pneumonique d'un diabétique mort dans le service de

M. le professeur Proust ; il a bien voulu nous en donner le résultat succinct :

« Un des poumons était atteint d'hépatisation lobaire grise, et dans l'exsudat on trouva une quantité considérable de pneumocoques.

« Ces pneumocoques, cultivés sur gélose, fournirent de nombreuses colonies. Elles avaient un aspect plus riche et plus exubérant que d'ordinaire.

« Des inoculations furent pratiquées sur la souris et on put suivre leurs résultats positifs pendant six générations. »

La présence de la glycose dans le milieu nourricier n'est donc point un obstacle au développement du microbe de Talamon-Fraenkel ; elle semble même en augmenter la vitalité. C'est ce qui nous explique pourquoi la pneumonie évolue si rapidement chez les diabétiques, abrégeant de beaucoup le temps qui lui est nécessaire pour produire ses lésions habituelles. Il n'est pas rare en effet de la voir aboutir, au bout de trois ou quatre jours seulement, à l'hépatisation grise.

Pneumonie insidieuse. — La pneumonie peut se manifester, soit dans le cours du diabète, alors que l'état général est encore relativement satisfaisant, soit à la période ultime de cette maladie, et dans ce dernier cas, elle est souvent méconnue. On n'y observe ni le frisson ni le point de côté habituels ; la dyspnée manque ou est peu accentuée. Rien en somme n'attire l'attention sur l'existence possible d'une pneumonie dont on constate ensuite les désordres sur la table d'amphithéâtre.

OBSERVATION I (résumée).

Chantemesse, thèse d'Ingléssis, 1885.

Il s'agit dans cette observation d'une malade âgée de 51 ans et exerçant la profession de couturière.

Elle était soignée déjà depuis deux ans pour le diabète, lorsqu'elle entra dans le service de M. Cornil à la Pitié, dans un état de cachexie avancée. La quantité d'urine rendue dans les 24 heures, n'était que d'un litre environ, contenant 63 grammes de sucre. La malade était, en outre, albuminurique et présentait de l'œdème des jambes avec de l'ascite.

Il y avait environ un mois qu'elle était dans le service, soignée sans aucun succès, lorsqu'elle succomba le 16 avril 1884. Elle avait trois jours avant sa mort expectoré quelques crachats sanguinolents, puis était tombée dans une somnolence voisine du coma.

A l'autopsie :

« Le poumon gauche était adhérent par de fausses membranes dans la plus grande partie de son étendue. A la surface de la plèvre, au niveau des 2/3 supérieurs du lobe inférieur gauche, il y avait une infiltration fibrineuse des fausses membranes préexistantes, en même temps que des fausses membranes constituées par de la fibrine. Au-dessous des fausses membranes, le poumon est lisse et augmenté de volume. Il y a une hépatisation rouge facile à voir sur une surface de section de l'organe ; l'hépatisation occupe tout le lobe inférieur. Les granulations sont rouges avant d'être lavées ; après le lavage, grises sur un fond rosé.

Le poumon droit présente un épaissement notable de la plèvre viscérale unie à la pariétale par des membranes ligamenteuses susceptibles d'être rompues assez facilement. Après décor-

tication, on observe une vascularisation assez intense de la plèvre pariétale et viscérale.

La plèvre pariétale, infiltrée de liquide, est en même temps, épaissie et oedématiée.

Le lobe supérieur est oedématié; il s'en écoule une assez grande quantité de liquide spumeux et rose, quand on le presse.

Le lobe moyen est hépatisé et atteint de pneumonie au même degré que le lobe inférieur du côté gauche.

L'hépatisation occupe aussi tout le lobe inférieur.

Le rein est atteint, en outre, d'une néphrite diffuse avec prédominance des lésions inflammatoires et atrophiques des glomérules et du tissu conjonctif, ayant de la tendance à se terminer par la néphrite interstitielle. »

Lorsque la pneumonie apparaît chez un diabétique gras, atteint de la forme lente et bénigne de la maladie, elle peut se présenter sous les allures de la pneumonie franche telle qu'on l'observe ordinairement; mais le plus souvent elle en diffère par la rapidité de sa marche et l'extrême gravité de ses modes de terminaison.

Pneumonies foudroyantes. — Dans un assez grand nombre de cas le frisson et le point de côté font défaut, mais il est un signe souvent prédominant, c'est la dyspnée. Cette dyspnée est en rapport avec l'intensité et l'étendue de la congestion et de l'œdème qui accompagnent la pneumonie. Les malades meurent asphyxiés en 24, 36, 48 heures. Bouchardat avait bien observé cette forme de pneumonie des diabétiques: c'est sa pneumonie foudroyante. Il en cite plusieurs exemples dans son important mémoire de 1851 (*Mémoires de l'Académie des Sciences*). Nous lui empruntons deux de ses observations. Dans l'une le malade présentait quelques tubercules au sommet, mais la tubercu-

lose ne nous paraît avoir joué aucun rôle, ni dans le développement, ni dans l'évolution de la maladie.

OBSERVATION II

Bouchardat, *Mémoire de l'Académie des Sciences*, 1851.

Gobert Emmanuel, âgé de 17 ans, est entré et sorti alternativement de l'Hôtel-Dieu un assez grand nombre de fois.

Quand il nous arrivait, sa soif était ardente, son appétit considérable. Il rendait de 6 à 8 litres d'urine, contenant environ 100 grammes de glycose. Après un mois ou deux d'un bon régime, l'embonpoint et les forces revenaient, la glycose disparaissait des urines ; il quittait l'Hôtel-Dieu, mais le défaut de soins, l'usage habituel immodéré des féculents, le ramenaient bien vite à son premier état, et il ne manquait pas de solliciter son admission quand il avait dépensé les forces qu'il avait acquises et le petit pécule qu'il ramassait toujours à l'hôpital, en vendant aux autres malades (malgré la surveillance la plus attentive) une partie des aliments choisis qui lui étaient délivrés.

Quinze jours après sa dernière sortie de l'hôpital il dépensa une partie de son épargne, dans une bombance où les féculents ne furent pas ménagés. A la suite d'un refroidissement il fut pris immédiatement de frisson, de fièvre, de difficulté de respirer, il se fit aussitôt transporter à l'Hôtel-Dieu, mais cinq heures après son admission il avait succombé.

L'autopsie démontra qu'il était mort des suites d'une pneumonie foudroyante, ses poumons rapetissés, gorgés d'un sang noir, avaient perdu toute perméabilité, on remarqua quelques tubercules crus au sommet du poumon gauche. Les reins avaient leur forme, leur couleur et leur consistance ordinaires, leur volume paraissait un peu augmenté, les autres organes ne présentaient rien d'anormal.

OBSERVATION III

C'est encore un jeune homme, âgé de moins de vingt ans qui en est l'objet ; son intelligence était des plus bornées, sa maladie durait depuis longtemps peut-être, mais elle n'avait été reconnue que depuis peu.

Il habitait la campagne où il avait été renommé pour son extrême voracité. Non seulement il dévorait la pitance de la famille, mais il ne perdait aucune occasion de mendier ou de dévorer des aliments ; on l'avait surpris même, un assez bon nombre de fois, dans les champs, occupé à arracher des pommes de terre et à les manger crues, il dérobaît également des haricots, qu'il engloutissait crus. On se décida enfin à l'envoyer à Paris, il entra dans le service de M. le Dr Chomel.

Avant de le soumettre à aucun traitement M. Chomel décida que ses urines de 24 heures seraient recueillies et analysées, et que pour ce jour, rien ne serait changé à son régime ordinaire.

Il prit dans les 24 heures : pain 720 grammes, bœuf bouilli 250 grammes, pommes de terre 250 grammes, vin 40 centilitres, bouillon 75 centilitres, tisane commune 5 litres.

Dans ce même espace de temps, il rendit 6 litres 25 centilitres d'urine, qui contenait 135 gr. 17 de glycose par litre ; c'est la proportion la plus élevée que j'aie jamais rencontrée.

Le lendemain, pendant la visite, il s'esquiva, déroba un pain dans l'office, le mangea immédiatement, de même qu'un reste de cataplasme. Il accomplit cet acte de gloutonnerie dans un lieu froid et humide. Il fut pris après la visite d'un frisson intense, accusa de la douleur dans le côté, de la difficulté de respirer, et 8 heures après il mourait suffoqué.

L'autopsie démontra que la mort avait la même origine que dans l'observation précédente. Les poumons exempts de tubercu-

les étaient rapetissés et gorgés d'un sang noir, le volume des reins était augmenté ; leur tissu était un peu plus pâle qu'à l'état normal. L'estomac était énorme et contenait plus de 3 litres d'une bouillie épaisse.

Mort par suppuration. — Lorsque la pneumonie lobaire des diabétiques ne se présente pas sous cette forme foudroyante, elle aboutit le plus souvent à un autre mode de terminaison non moins redoutable : l'hépatisation grise du parenchyme pulmonaire. Nous avons déjà dit combien le poumon du diabétique était un excellent terrain de culture pour le pneumocoque. C'est aussi un milieu très favorable au développement des microbes de la suppuration. Leur travail de destruction y est même des plus rapides, et nous avons déjà dit qu'il est fréquent de constater après trois ou quatre jours de maladie seulement une infiltration purulente avancée d'un ou de deux lobes du poumon.

Il est rare que cette forme de pneumonie se présente avec tout le cortège habituel de symptômes que l'on observe dans la pneumonie franche. Tantôt c'est le point de côté qui manque, tantôt le frisson, tantôt les crachats rouillés. Mais son caractère fatal c'est d'aboutir à la mort rapide dans un laps de temps qui varie de trois à sept ou huit jours. Le malade succombe dans un état de dépression et de collapsus des plus prononcés, ainsi qu'en témoignent les observations suivantes empruntées à MM. Lecorché et Cantani.

OBSERVATION IV

Lecorché (*le diabète chez la femme*).

M^{me} B..., âgée de 45 ans, encore bien réglée et diabétique depuis plusieurs années, est prise tout à coup d'une douleur vive localisée à la région abdominale, puis surviennent des vomissements avec un état fébrile marqué. Il n'existe pas de crachats rouillés, mais on constate à l'auscultation et à la percussion tous les signes d'une pneumonie siégeant à gauche.

La température est de 40°,4 le troisième jour, le sucre est de 35 grammes par litre avec 2 litres d'urine par 24 heures.

Le neuvième jour, survient une dépression des plus marquées; la malade a, dit-elle, conscience de sa fin, la température est à 38°-39. Cette dépression se termine rapidement par la mort.

OBSERVATION V (Résumée).

Cantani, Thèse d'Inglessis, 1885.

Il s'agit d'une malade, Maria Giovanna Renni, âgée de 53 ans, chez qui le diabète fut constaté en 1876.

Entrée à la clinique de Cantani le 20 février 1880, dans un état cachectique, cet état ne s'était pas amélioré, lorsque tout à coup de nouveaux phénomènes surviennent le 2 mars. Pendant toute la période écoulée, les urines n'avaient cessé d'atteindre le chiffre quantitatif de 2.500 à 3.000 cent. cubes par jour, leur poids spécifique avait été 1034 à 1046. Il y avait 140 grammes de sucre par litre.

Le 2 mars. On constate une odeur particulière d'acétone de l'haleine et des urines; cette odeur en dépit de l'administration

d'un purgatif devient assez forte pour se répandre dans toute la salle.

Le 5 Temp. matin 38°. Pouls 94. Resp. 24, langue sèche, oppression et douleur au côté, toux. A la percussion matité au côté gauche et à la base avec respiration bronchique sans râles. Bronchophonie.

(Pneumonie lobaire aiguë intercurrente).

Le 6. — Matin, Temp. 39°. Pouls 104. Resp. 32.

Le 6. — Soir, Temp. 39°, 8. Pouls 108. Resp. 36.

Le 7. — Matin, Temp. 39°, 6, soir 40°.

Le 8. — Matin, Temp. 39°, 6. Soir 40°, 2. P. 120. Resp. 44.

Le 9. — Matin, Temp. 39°, 8. P. 112. Resp. 40. Soir, Temp. 40°, 6.

Mort dans la nuit du 9 au 10.

Depuis l'apparition de la pneumonie la quantité de sucre dans les urines était allée en diminuant parallèlement avec la diminution du régime, jusqu'à tomber le 6 mars à 75 grammes par litre ; le 7 et le 8 à 60 grammes, et le 9 à 30 grammes. Seulement à partir du 7 on avait constaté une diminution considérable de l'odeur d'acétone dans l'haleine et dans l'urine.

A l'autopsie.

Poumons adhérents aux parois thoraciques par de légères adhérences pleurales de date ancienne, le lobe inférieur du poumon gauche est augmenté de consistance et imperméable à l'air.

A la coupe tout le lobe se montre hépatisé, d'une couleur gris roussâtre et d'une surface légèrement granuleuse.

En somme, il présente tous les caractères d'une pneumonie entre les 2 degrés de l'hépatisation rouge et de l'hépatisation grise.

Emphysème chronique principalement au sommet et au bord antérieur avec catarrhe bronchique diffus. Dans le poumon droit congestion hypostatique et œdème aux lobes inférieurs et moyens.

OBSERVATION VI (résumée).

Cantani, Thèse d'Ingléssis, 1885.

Homme de 50 ans ; diabète datant de 6 ans avant son entrée à la clinique, le 18 novembre 1881.

Sous l'influence du régime de Cantani, les urines étaient descendues le 16 décembre à 1850 centimètres cubes, leur poids spécifique était 1021, elles ne contenaient que 30 grammes de sucre par litre.

A partir du 17, elles sont indemnes de sucre et descendent à 1300 grammes, puis à 900 grammes avec un poids spécifique oscillant entre 1016 et 1021.

Le 22. — A la suite d'un refroidissement le malade accuse une douleur de la joue gauche, on lui prescrit une pommade opiacée. Le 24, au soir, il est pris d'une fièvre légère.

Temp. 38°. Pouls 100. Resp. 28. Point de côté à gauche avec toux et oppression. La percussion donne en avant et à gauche une sonorité tympanique, l'expiration est bronchique, les forces sont déprimées.

Le 25, au soir. Temp. 39°,1. Pouls 120. La pneumonie étant évidente par ses signes physiques dans le lobe supérieur du poumon gauche, on transporte le malade dans la salle commune et on lui donne un peu de quinine, quelques gouttes d'huile essentielle de térébenthine et du vin de Marsala.

Le 26. — La température est tombée à 37°,7, tandis que le pouls faible et petit est à 140 et les respirations de 44 à 48.

En outre, grâce au vin de Marsala, le sucre reparait dans les urines (2 gr.).

L'aggravation est rapide et le malade expire le 27 à 4 h. du matin.

Autopsie. — Anciennes adhérences pleurales bilatérales plus nombreuses à droite, toutes se détachent facilement.

A la coupe, tout le lobe supérieur du poumon gauche est hépatisé par une pneumonie croupale entre l'hépatisation rouge et grise.

Le lobe inférieur est congestionné au voisinage du hile du poumon plus à droite qu'à gauche.

Le tissu conjonctif péri-bronchial est épaissi par une légère et circonscrite pneumonie interstitielle chronique. Au lobe inférieur du poumon droit et vers la base existe un foyer hépatisé imperméable à l'air. Pigmentation des ganglions péri-bronchiques.

OBSERVATION VII (résumée).

Cantani, Thèse d'Inglessis, 1885.

Il s'agit d'un homme de 47 ans, chez qui le diabète s'était déclaré vers le 10 septembre 1881. Il est admis à la clinique de Cantani le 29 novembre 1881 dans un état avancé d'amaigrissement.

Le 4 décembre il rendait 7.000 cent. cubes d'urine contenant 120 grammes de sucre par litre. La température oscillait entre 36°, et 36°, 6, le pouls entre 60 et 56, les respirations entre 16 et 12. Le 14, l'haleine et les urines ont une odeur d'acétone. Temp. 38°, 3. Pouls 92, Resp. 24.

L'examen révèle une respiration bronchique postérieurement à gauche, de la toux, une expectoration fluide et rouillée. Diète, bouillon, rôtis, et un peu de vin de Marsala. Purgatif magnésie. Le 16, respiration bronchique au côté gauche du thorax, postérieurement à la hauteur de la septième côte ; à droite antérieurement

il y a une forte respiration vésiculaire avec expiration bronchique prolongée. Postérieurement respiration bronchique à la base.

Après des évacuations répétées, l'odeur d'acétone a notablement diminué, les forces sont de plus en plus prostrées. La quantité d'urine est réduite à 1200 centimètres cubes avec 120 grammes de sucre par litre.

Le 17. — Temp. matin 37°,4. Pouls 68. Resp. 23. Urines 800 centimètres cubes. Sucre 6 grammes par litre.

L'hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche se caractérise plus distinctement par les signes objectifs.

Le 18. — Temp. matin 38°. Pouls 72. Resp. 22. Urines 856 centimètres cubes. Sucre 35 grammes par litre.

Le 19. — Temp. mat. 39°,2. Temp. S. 39°,9. P. 100. Resp. 30. Urines 860 grammes. Sucre 30 grammes par litre.

Le 21. — Mort. Les dernières urines contenaient 30 grammes de sucre par litre.

Autopsie. — Au thorax, légères adhérences pleurales bilatérales faciles à détacher. Pas de liquide anormal dans les cavités pleurales.

Tout le lobe inférieur du poumon gauche est dur, hépatisé, le lobe supérieur est hyperhémie et des bronches il sort du mucus. Le poumon droit est généralement hyperhémie et œdémateux.

Dans le lobe inférieur on remarque un point gros comme un œuf de poule, dont la consistance est augmentée, non perméable à l'air.

Notons dans toutes ces observations certaines particularités sur lesquelles nous reviendrons plus loin à propos d'un autre mode de la terminaison de la pneumonie des diabétiques. Ces particularités ont trait : 1° aux oscillations thermométriques. Chez tous les malades, la température avait dépassé 39°. Chez l'un deux elle avait même atteint

40 degrés et quelques dixièmes ; 2° aux modifications apportées à l'élimination du sucre par le fait de la maladie intercurrente. Chez le premier des malades de Cantani (Obs. V) la quantité de sucre éliminé était de 140 grammes par litre au début de la pneumonie. Au bout d'une semaine c'est-à-dire le jour de la mort elle n'était plus que de 30 grammes par litre. Chez le second malade de Cantani (Obs. VI) sous l'influence du régime, le sucre avait déjà disparu de l'urine avant l'éclosion de la pneumonie, et s'il reparut en très petite quantité à la période terminale de la maladie, ce fut, dit l'observateur, sous l'influence du vin de Marsala qui fut administré. Le malade qui fait le sujet de l'observation VII présentait au début de la maladie 120 grammes de sucre par litre. Le jour de la mort, il n'en présentait plus que 30 grammes.

Notons encore que chez ce dernier malade, la quantité totale des urines émises dans les 24 heures était de 7 litres le 4 décembre. Le 16 décembre, c'est-à-dire deux jours après le début de la pneumonie, le malade ne rend plus que 1 litre 200 cc. d'urine. Le 19 décembre, c'est-à-dire deux jours avant la mort, il n'en rendait plus que 850 grammes.

Signalons enfin l'odeur d'acétone qui fut observée chez deux des malades, odeur aigrelette *sui generis*, parfois assez forte pour se répandre dans toute la salle occupée par les malades.

Mort par gangrène. — Si la suppuration du poulmon semble être l'aboutissant le plus habituel de la pneumonie lobaire chez les diabétiques il est un autre mode de terminaison admis par presque tous les auteurs et qui pourtant semble bien exceptionnel, nous voulons parler de la gangrène pulmonaire. Déjà les anciens auteurs avaient

longuement discuté la possibilité de ce mode de terminaison dans la pneumonie ordinaire, celle qui survient chez des sujets non diabétiques. Laënnec et Grisolle ne l'admettaient guère. Mais Andral et Bouillaud en rapportèrent des exemples indiscutables.

« L'observation apprend, dit Cruveilhier, que les pneumonies qui surviennent dans le cours d'une maladie grave ou chez des individus affaiblis par une maladie quelconque se terminent souvent par gangrène. Il est rare que la gangrène du poumon survienne chez un individu parfaitement sain ; une maladie antérieure du poumon, une cause qui a agi sur tout l'organisme paraissent le plus ordinairement une condition nécessaire. »

Depuis l'époque où notre grand anatomopathologiste écrivait ces lignes, de nombreux faits de gangrène pulmonaire survenant à la suite d'une pneumonie franche sont venus s'ajouter à ceux d'Andral et de Bouillaud. Mais en ce qui concerne la pneumonie des diabétiques, ce mode de terminaison n'est admis qu'avec une grande réserve par M. Lécorché. « La terminaison par gangrène, nous dit-il, est discutable. On peut faire valoir à l'appui la tendance générale des inflammations diabétiques au sphacèle. Il est possible que cette loi dont la justesse se vérifie si souvent dans les diverses phlegmasies qui affectent la surface cutanée, soit vraie de même pour les inflammations du poumon. Mais il est possible aussi que la prétendue pneumonie terminée par gangrène ne soit qu'une gangrène aiguë d'emblée, envahissant tout d'un coup tout un lobe pulmonaire de manière à simuler pendant les premiers jours une pneumonie lobaire. Il est difficile de se prononcer entre les deux interprétations. Nous ne nions toutefois pas la possibilité de la gangrène, comme terminaison de

la pneumonie diabétique, mais nous avouons n'en avoir jamais observé d'exemple chez nos malades. »

Nous adoptons, pour notre part, l'opinion de M. Lécorché, car nous avons vainement cherché dans nos lectures un fait de pneumonie lobaire simple terminé par gangrène, chez un malade diabétique. Il y a bien les cas toujours cités de Monneret, de Scott, de Hodgkin de Charcot, mais ces cas se rapportent à des tuberculeux et il est très probable que la tuberculose n'a pas été sans influence sur la production de la gangrène. Quant au malade de Griesenger, il n'était pas il est vrai tuberculeux, mais il n'était pas non plus atteint de pneumonie lobaire, mais bien de broncho-pneumonie.

Nous retrouverons son observation dans un autre chapitre, ce qui nous donnera l'occasion de mettre en relief certaines particularités de la gangrène pulmonaire des diabétiques.

Mort par urémie. — Il est un autre mode de terminaison de la pneumonie des diabétiques. C'est la mort par urémie. Nous savons, en effet, que l'albuminurie est fréquente dans la pneumonie. Elle l'est également dans le diabète. Dans le cours de la pneumonie, l'albuminurie est souvent très abondante, mais elle disparaît dès le lendemain de la crise ou n'existe plus qu'à l'état de traces. Parfois cette albuminurie est due à une néphrite parenchymateuse (Lécorché).

Dans le diabète, elle résulte tantôt d'un simple trouble de nutrition (Bouchard), tantôt d'une complication rénale, d'une véritable néphrite (Rayer, Lécorché).

Chez un malade à la fois atteint de diabète et de pneumonie, ces deux maladies agissant d'une façon parallèle sur le rein, pourront y produire soit de simples troubles

fonctionnels, soit une néphrite. Or, nous savons que si les urines sont rares et très riches en urée dans le cours de la pneumonie, il se produit au moment de la crise et de la convalescence une véritable décharge d'urée (Lépine, Roger et Gaume). Avec l'urée en excès, les urines entraînent à ce moment d'autres déchets organiques et des produits toxiques, tels que certains sels de potasse ou certains alcaloïdes animaux. Le rein doit à ce moment éliminer tous ces produits et s'il ne le peut, soit par simple insuffisance fonctionnelle, soit par lésion organique, il pourra en résulter des phénomènes graves d'urémie et d'auto-intoxication susceptibles d'amener la mort, soit par eux-mêmes, soit parce qu'ils s'ajoutent aux autres désordres occasionnés dans le fonctionnement normal de l'économie par la lésion pulmonaire. C'est de cette façon que nous semble avoir succombé la malade qui fait le sujet de l'observation I et chez laquelle on constata à l'autopsie les lésions de la pneumonie à ses divers degrés et celles d'une néphrite diffuse.

Guérison. — Tous les modes de terminaison que nous avons étudiés jusqu'ici aboutissent à la mort des malades. Il ne faudrait pas croire, cependant, que la pneumonie des diabétiques soit toujours mortelle. Elle peut guérir, ainsi que l'avait déjà montré le professeur Grisolle dans son *Traité de la pneumonie*.

« Ce que j'ai dit de l'albuminurie, nous dit-il, s'applique au moins autant au diabète. Chez les diabétiques, en effet, même chez ceux qui conservent une santé apparente, la pneumonie a une gravité exceptionnelle; elle guérit pourtant; j'en ai vu récemment un assez remarquable exemple avec mes confrères, les D^{rs} Mesnet, Archambault et Motet, sur un des artistes les plus éminents de la Comédie-Française. Redisons encore que dans ce cas, elle

est toujours exceptionnelle, et si la pneumonie frappe un diabétique amaigri, épuisé, elle le tue alors presque inévitablement et d'une manière très prompte. » Grisolle. *Traité de la Pneumonie*, 1864.

La même année, Marchal de Calvi en citait un autre exemple dans son livre sur les accidents diabétiques. Nous le reproduisons ci-dessous :

OBSERVATION VIII

Constantin James, *In Marchal de Calvi*.

M. X... est petit, trapu, bien musclé, sanguin, avec un cou de taureau.

Il a 62 ans. Je l'ai soigné, il y a une vingtaine d'années, pour une pneumonie qui exigea 3 saignées. J'ignore s'il était diabétique dès lors, chacun sait combien il est difficile d'être renseigné sur l'invasion du diabète. Ce fut seulement il y a une dizaine d'années que le voyant dépérir sans cause appréciable et apercevant quelques traces suspectes sur son pantalon, j'eus l'idée qu'il était diabétique. Je soumis ses urines à l'action de la potasse et elles devinrent noires.

M. Mialhe y trouva 63 grammes de glycose par litre. Le régime spécial et 2 ou 3 saisons à Vichy firent tomber le sucre à une moyenne de 5 à 8 grammes.

Du reste le malade observait fidèlement le régime. Vers le milieu de décembre dernier, il me fit appeler, je le trouvai au lit, le poulx plein, le visage animé, couché sur le côté droit, se plaignant d'une douleur vive dans tout le côté gauche de la poitrine qui lui coupait la respiration.

Je l'auscultai avec le plus grand soin et ne notai aucun râle, aucune bulle pouvant faire croire à une pneumonie. Comme le

sujet est habituellement rhumatisant, je crus à une pleurodynie, je prescrivis un vésicatoire volant à panser avec la morphine.

Le lendemain, le malade était beaucoup plus mal, la nuit avait été très mauvaise, fièvre, un peu de délire, suffocation, anxiété inexprimable, idée de la mort.

J'auscultai de nouveau, et cette fois, j'entendis un râle crépitant, type dans tout le tiers inférieur du poumon gauche. Je l'aurais saigné immédiatement, mais comme il avait pris un bol de consommé je remis la saignée à l'après midi. Quand je revins vers les 5 heures, la crépitation occupait les $\frac{2}{3}$ inférieurs du poumon gauche : peut-être empiétait-elle déjà sur le $\frac{1}{3}$ supérieur. Je fis une saignée de 4 bonnes palettes, le sang était comme carbonisé, mais tout le temps il coula en jet ; je revis notre homme le soir, le sang était coagulé dans une bonne moitié de son volume, le caillot était recouvert d'une couenne verdâtre, livide, dont la résistance et l'épaisseur dépassaient tout ce que j'avais vu ; je soulevai le caillot par le bord du godet qu'il formait sans qu'il se déchirât. Je m'attendais à être obligé de revenir à la saignée et j'augurais assez mal de cette pneumonie. Eh bien les choses marchèrent tout autrement à dater de la saignée ; non seulement l'engorgement pulmonaire n'a pas fait de progrès, mais peu à peu la résolution s'est opérée, la fièvre a diminué graduellement, les forces n'ont jamais été déprimées, le malade ayant continué à se lever pour qu'on fît son lit. Sauf 2 jours où la fièvre *était vive* et où il buvait de l'eau simple, je lui faisais boire de l'eau rougie, un verre de vin pour $\frac{3}{4}$ d'eau.

Vers le huitième jour, pour hâter le dégorgement du poumon, je lui ai fait appliquer un grand vésicatoire sur le côté gauche, lequel après avoir suppuré beaucoup pendant 3 jours, s'est séché tout seul ; enfin le quatorzième jour le malade ou plutôt le guéri est allé se promener en voiture, et depuis ce temps, il se porte infiniment mieux qu'auparavant. J'ignore *ce qu'est devenu*

le diabète pendant tout cet épisode. Quand le malade s'est senti tout à fait rétabli, j'ai examiné ses urines qui pesaient 1,024. Du reste, aucune trace d'albumine et seulement un peu de coloration, sucre d'orge par la potasse et par la chaleur. Ce prompt succès prouve que quand les diabétiques s'astreignent depuis longtemps au régime spécial, et quand la glycosurie ou mieux la glycohémie est réduite à de faibles proportions, la pneumonie n'a pas toute la gravité que je lui avais attribuée et peut être attaquée résolument par les déplétions sanguines ; seulement et malgré le bon succès de M. James, je préférerais encore la saignée locale au moyen des ventouses. La haute gravité de la pneumonie diabétique s'est révélée ici par l'extrême promptitude avec laquelle l'inflammation s'était étendue ».

Nous n'oserions affirmer que cette observation soit le seul exemple publié de pneumonie survenue chez un diabétique et terminée par la guérison, mais nous avons vainement consulté nos meilleurs auteurs pour en retrouver d'autres. Et pourtant, il semble que les cas de guérison ne soient pas absolument exceptionnels.

Dans un assez grand nombre de cas, en effet, la pneumonie des diabétiques se comporte comme une pneumonie franche, et peut comme elle avoir une heureuse terminaison.

Nous avons consulté, à cet égard, quelques-uns de nos maîtres.

M. le D^r Landouzy, nous a déclaré avoir été appelé en consultation, il y a deux ans, près d'un diabétique atteint de pneumonie lobaire. En raison même du diabète, en raison aussi de certains symptômes observés chez le malade, il porta un pronostic très grave que vint bientôt démentir l'issue favorable de la maladie.

M. le D^r Labric, médecin honoraire des hôpitaux, a donné ses soins, il y a deux ans, à un malade diabétique depuis huit ans, qui venait d'être atteint d'une pneumonie du côté gauche. La maladie avait débuté, à la suite d'un refroidissement par un frisson, un point de côté, du malaise.

La température prise à la main parut à l'observateur avoir toujours été notablement au-dessus de la normale.

Le malade fut soigné par l'application successive de trois vésicatoires, par l'administration du sulfate de quinine, d'opiacés, de bouillons, de lait, de vin de champagne.

Il guérit en 12 jours, mais la convalescence fut longue et dura deux mois (communication orale).

Il eût été des plus intéressants d'interroger tour à tour chacun de nos grands cliniciens et de recueillir le résultat de leur observation personnelle.

Un auteur italien M. Massalongo, dans son traité récent sur la pneumonie nous dit :

« Il semble que la pneumonie des diabétiques évolue avec une température moins élevée que la pneumonie ordinaire, mais nous ne croyons pas que ce fait soit constant. Il se peut que la marche de la température soit régulière. Un cas observé à l'hôpital de Vérone nous l'a montré. La seule particularité curieuse de ce cas fut la disparition de la glycosurie pendant la durée de la maladie. Le malade guérit (Massalongo, *Pathologia della pneumonia acuta*. Vérone, 1889).

Nous passons maintenant à deux autres observations, des plus intéressantes, quoique d'une inégale valeur. La première recueillie dans la clientèle de ville, et n'étant point destinée primitivement à des recherches scientifiques, est

incomplète sur bien des points, mais elle nous montre que la pneumonie du diabétique peut guérir, alors même qu'elle est compliquée de phénomènes graves de collapsus cardiaque. Cette observation nous a été communiquée par M. le Dr Nottin, ancien interne des hôpitaux, et nous l'en remercions vivement.

OBSERVATION IX

« M. X..., notaire aux environs de Paris, était devenu diabétique en 1872, à l'âge de 38 ans. Le régime diététique, assez exactement suivi au début de la maladie, avait été repris à différentes époques, et enfin définitivement abandonné par le malade. Au moment où survint la pneumonie, M. X... avait 53 ans. Il urinait quatre litres dans les 24 heures, et la recherche du glycose avait donné une première fois 30 grammes, et une seconde fois 62 gr. 75 par litre, soit 251 grammes en 24 heures.

Après avoir éprouvé des malaises et de petits frissons répétés du jeudi 13 octobre 1887 au samedi suivant, le malade fut pris d'un frisson violent dans la nuit du 15 au 16 octobre.

Le dimanche soir (16 octobre), après avoir passé la journée au coin du feu, sans manger, il était dans un état de refroidissement profond, avec cyanose.

L'artère radiale battait 28 *pulsations* faibles et irrégulières. Il y avait de fréquentes lypothymies.

Le lundi (17 octobre) à 4 heures, le pouls était encore faible, quarante-quatre pulsations. La température était au-dessous de la normale. La peau était froide avec un peu de moiteur. Le malade rendait toujours quatre litres d'urine. Il y avait une grande oppression, et des lypothymies survenaient dès qu'il cherchait à s'asseoir. A l'auscultation on entendait des râles crépitants et

sous-crépitants des deux côtés, mais surtout du côté droit. Les crachats étaient peu abondants, vitreux, et d'une coloration jaune rougeâtre.

Le lendemain (18 octobre), le D^r Hallopeau, médecin des hôpitaux de Paris, appelé en consultation, confirma le diagnostic de pneumonie double et porta un pronostic très grave. Il prescrivit : sulfate de quinine, 0,75 en 2 doses le matin. Extrait de quinquina 2 grammes par jour. Lait, bouillons, gelée de viande. Groggs au cognac et au kirsh (40 gram. de chaque liqueur). Raisins et oranges à sucer.

Le 21 octobre. — Le pouls était remonté à 60° et très régulier. La température qui était restée jusque-là au-dessous de la normale se releva.

A l'auscultation on entendait encore des râles à la base, du côté gauche. Mais ce même jour, vers quatre heures, le pouls redevint très irrégulier et nécessita l'administration de 2 grammes de caféine.

Les jours suivants, l'amélioration fut très rapide et le rétablissement fut complet au bout de 15 jours.

Le malade urinait environ deux litres d'urine, contenant 15 grammes de sucre par litre, soit 30 grammes par jour.

Depuis cet incident, M. X... a retrouvé toute son activité physique et intellectuelle, et il a oublié assez ce rude avertissement pour négliger à nouveau son régime diététique. »

En mars 1891, M. le D^r Merklen observait dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, un beau cas de pneumonie lobaire chez un diabétique. Publié d'une façon abrégée dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1891, nous le reproduisons ici, mais avec plus de détails.

OBSERVATION X

Pneumonie des deux tiers inférieurs du poumon gauche et congestion de la base du poumon droit chez un diabétique. Suppression du sucre coïncidant avec le maximum d'intensité des accidents généraux et locaux. Réapparition et augmentation du sucre accompagnant leur atténuation et s'accroissant au moment de la défervescence.

X..., âgé de 52 ans, mécanicien, entré le 10 mars 1891, à l'hôpital Sainte-Antoine, dans le service de M. Merklen, salle Axenfeld, lit n. 1.

Ce malade, diabétique depuis 6 à 8 ans, entre à l'hôpital pour une pneumonie. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial. Ses antécédents personnels ont surtout trait au diabète et à ses causes. Celles-ci sont complexes. Le malade a commis des excès alcooliques ; de plus, c'est un nerveux et un irrégulier, puisque, après avoir joui d'une certaine aisance, il s'est ruiné par sa faute ; il a la manie des inventions. Enfin, il présente les attributs de l'arthritisme, en particulier la calvitie. Son diabète est un diabète chronique à marche lente ; il a, dit-il, uriné jusqu'à 15 litres d'urine par jour, et cette polyurie a été accompagnée d'une glycosurie parfois abondante, qui dans ces derniers temps, et sous l'influence de l'antipyrine, serait tombée à 10 grammes par litre, la polyurie ayant elle-même diminué. Il y a quatre ans, le malade a eu un anthrax de la région lombaire, mais à part cela, et en dépit d'une vie souvent fort agitée, la santé générale s'est maintenue bonne. Il toussait depuis un mois, atteint d'un rhume vulgaire, quand le 8 mars dernier, ayant pris froid sur l'impériale d'un omnibus, il fut atteint brusquement de point de côté violent et de fièvre.

Examiné le 11 mars au matin, le malade est dans un état grave.

Il a une fièvre intense, la langue sèche, du subdélirium, enfin une dyspnée intense facilement expliquée par la grande extension des lésions pulmonaires. On constate, en effet, une hépatisation des 2/3 inférieurs du poumon gauche caractérisée par de la matité et du souffle tubaires mêlés à très peu de râles. On constate, en outre, une congestion de la moitié inférieure du poumon droit se traduisant par des râles crépitants fins et nombreux. Crachats rouillés. Température 39°. Pouls 120. *Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.* Le foie est volumineux et douloureux; sa matité verticale est de 16 centimètres.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gr. 50 par jour. Ventouses scarifiées sur le côté gauche. Ventouses sèches en grand nombre, et répétées sur toute la poitrine, 3 litres de lait par jour. Potion de Todd. Lavement quotidien.

12 mars. — Amélioration manifeste. Etat général meilleur. Langue humide. Température restant à 39°, mais pouls à 84°. Râles crépitants de retour dans le 1/3 inférieur du côté gauche; souffle tubaire persistant dans le 1/3 moyen, disparition des phénomènes congestifs à droite. *Deux litres d'urine contenant du sucre et pas d'albumine.* Foie diminué de volume.

Du 13 au 15 mars. — L'état local et la fièvre restent stationnaires. Le 15, la température tombe aux environs de 38°. En même temps, le souffle et les râles diminuent. La matité n'occupe plus que la 1/2 inférieure du poumon gauche.

Analyse des urines faite le 13 mars par M. Royer, interne en pharmacie du service :

Volume.	975 cc.
Densité.	1018
Albumine.	0
Sucre.	13 gr. 45 pour 24 heures
Urée.	22 gr. 48 —

Analyse faite le 15 mars :

Volume.	2750 c.c.
Densité.	1015
Urée.	42 gr. 27 en 24 heures
Sucre.	68 gr. 06 —
Albumine.	0

Du 15 mars au 19, jour de la défervescence définitive, la situation s'améliore progressivement, à part une petite poussée fébrile coïncidant avec la diminution des urines et survenue le 16 au soir. T. à 37° à partir du 19 mars, c'est-à-dire du neuvième jour de la maladie. La résolution se fait lentement et au moment de la défervescence, on constate encore à la partie moyenne du poumon gauche un foyer de matité avec souffle tubaire.

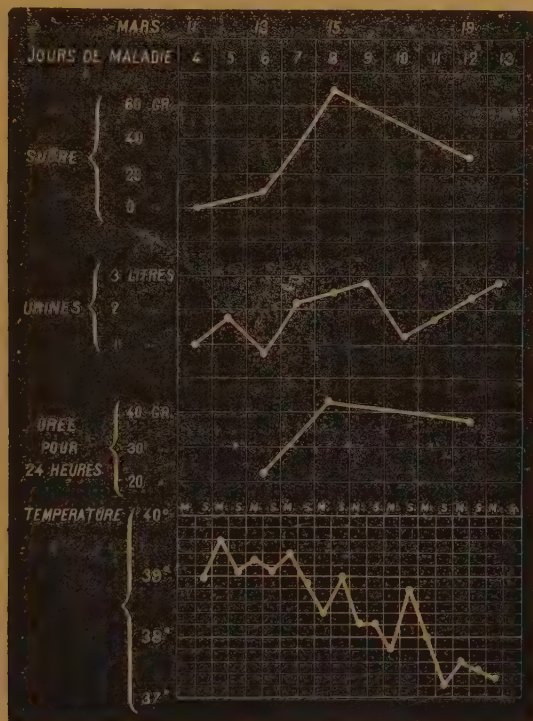
Analyse des urines, le 19 mars :

Volume.	2400 c.c.
Densité.	1014
Urée.	39 gr. 9 en 24 heures
Sucre.	29 gr. 68 —

La convalescence du malade fut régulière et ne présenta d'autre particularité que la longue persistance dans la fosse sous-épineuse d'une respiration soufflante. La guérison fut d'ailleurs complète et le malade s'est présenté maintes fois dans le service, en parfait état de santé générale, présentant de la glycosurie par intermittence. »

Cette observation nous servira pour étudier un certain nombre de points : les modifications du sucre et de l'urine dans le cours de la pneumonie, celle de l'urée, la marche de la température. Pour leur interprétation et les déductions que l'on peut essayer d'en tirer, au point de vue du pronostic, nous avons puisé largement dans les notes que M. Merklen a bien voulu nous confier. Un schéma permet-

tra d'en embrasser d'un seul coup d'œil les diverses particularités.



Nous savons que la température des diabétiques est généralement abaissée. On l'a trouvée parfois à 36° dans l'aisselle, à 34° même. Mais ces faits sont rares et ne surviennent que chez les diabétiques qui vont maigrir. Cl. Bernard, Jaccoud, considèrent l'abaissement thermique comme l'indice d'une réparation insuffisante des pertes organiques, qui permet de prévoir l'amaigrissement. « Tant que le diabétique répare ses pertes organiques, dit Jaccoud, sa température reste normale ; dès qu'il commence à maigrir, elle baisse. » Ces troubles de calorifica-

tion paraissent dus, et à la lenteur de la circulation capillaire chez les diabétiques, par suite de la viscosité plus grande du sang, et aussi à la diminution des oxydations intra-cellulaires. Les diabétiques absorbent moins d'oxygène et exhalent moins d'acide carbonique que les individus sains. Il y a peut-être une diminution du pouvoir absorbant de chaque hématie, car le sang reste anatomiquement normal, et le nombre des globules rouges ne diminue qu'à la période de cachexie.

Tous les auteurs se sont demandé ce que devenait la température chez le diabétique atteint d'une maladie fébrile. D'après M. Lécorché, la plupart des complications du diabète ne sont que faiblement pyrétiques; chez des malades atteints de phlegmon et de pneumonie, il a vu la température ne pas dépasser 38° centigrades. Pour ce qui est de la pneumonie, « on est, dit M. Lécorché, encore assez mal fixé sur le caractère des symptômes généraux, sur la température en particulier, mais si l'on en juge d'après quelques observations connues, il paraît avéré que la pneumonie a le privilège d'élever légèrement la température du diabétique qui, comme on le sait, est en dehors des complications, au-dessous de la normale. Tout porte à croire également que le diabète n'influence en rien la marche cyclique de cette maladie. »

Voyons ce qui s'est passé chez les malades dont nous avons rapporté les observations. Rappelons d'abord que chez les trois malades de Cantani, morts de suppuration pneumonique, la température avait dépassé 39° et atteint même dans un cas 40°2.

Elle s'était élevée à 40°,4 chez la malade de M. Lécorché. Si nous passons aux observations de pneumonie guérie, nous voyons que deux d'entre elles ne nous fournissent

à peu près aucun renseignement sur la marche de la température. Mais chez le malade de Constantin-James, la fièvre existait et ne différait en rien de ce qu'elle est dans la pneumonie ordinaire. Quant au malade de M. Merklen, pendant les quatre premiers jours de son séjour à l'hôpital, jusqu'à la fin du septième jour de la maladie, la température est restée à 39°, et au-dessus avec de très légères oscillations. C'est là le type sub-continu propre à la pneumonie; seulement à partir de ce moment, la défervescence n'a pas été brusque comme c'est le cas ordinaire; en d'autres termes, la défervescence ne s'est pas faite par crises, mais bien par lysis, par des oscillations régulièrement décroissantes. Dans les trois ou quatre jours qui ont précédé le retour à la température normale, le type fébrile a été plutôt rémittent; après une première chute à 38°,5, la température est remontée à 39°, pour retomber pendant les 36 heures suivantes, aux environs de 38°; enfin, après une dernière poussée fébrile à 38°,8, elle s'est définitivement abaissée à 37°,2.

Dans cette marche un peu irrégulière du cycle thermique, il est possible, fait remarquer M. Merklen, que l'influence grippale ait joué un certain rôle.

Dans la pneumonie grippale, le type fébrile rémittent est la règle et la défervescence se fait souvent attendre jusqu'au treizième jour. Chez notre malade la défervescence ne fut absolument complète qu'au treizième jour de la maladie. Il est donc très probable qu'il avait été atteint d'une pneumonie grippale.

Etudions maintenant les modifications qui se sont produites du côté des urines, au cours et dans la défervescence de la pneumonie. C'est un fait bien connu que les maladies fébriles font diminuer ou disparaître le sucre de

l'urine des diabétiques, et cela a été maintes fois constaté pour la pneumonie (voir les observations de Cantani).

L'explication de ce phénomène est obscure et l'on a invoqué successivement l'absence du ferment qui transforme la matière glycogène en sucre, ou bien l'absence de la matière glycogène elle-même. Le malade de M. Merklen, à son entrée à l'hôpital, ne présentait pas de sucre dans ses urines. Faut-il rattacher cette disparition à la congestion douloureuse du foie qui existait à ce moment, congestion qui se manifestait par une aggravation de la matité hépatique qui mesurait 16 centimètres dans son diamètre vertical, alors que depuis elle a diminué pour revenir à la normale. Il est impossible de l'affirmer et bornons-nous à signaler la coïncidence.

Si le sucre manquait dans les urines du malade à son entrée à l'hôpital, il n'a pas tardé à réapparaître.

Le sixième jour, alors que la température atteignait encore 39°,3 l'analyse révélait 13 grammes de sucre par jour. Deux jours après, la température étant descendue à 38°,2, le sucre atteignait 68 grammes en vingt-quatre heures. Enfin, en pleine défervescence, il y avait environ 30 grammes de sucre par jour. L'absence de glycosurie au début, sa réapparition et son augmentation au fur et à mesure de l'amélioration et de l'approche de la défervescence, permettent de conclure que ce retour doit être considéré comme un phénomène favorable.

Et cela est d'autant plus admissible que dans les cas qui ont été suivis de mort, la glycosurie a toujours diminué progressivement, au lieu d'augmenter comme dans celui de M. Merklen.

Chez son malade, l'augmentation de la quantité des urines a marché de front avec l'augmentation du sucre. De

1 litre par jour, cette quantité s'est élevée à près de 2 litres, après 24 heures de traitement, et elle a atteint près de 3 litres au moment de la première rémission, c'est-à-dire le septième jour ; le lendemain coïncidant avec une nouvelle poussée thermique, les urines n'atteignaient plus que 1200 grammes dans les 24 heures. Puis elles ont dépassé de nouveau 2 litres et demi. La conclusion précédente peut donc être complétée en disant : le retour de la glycosurie et de la polyurie a été une coïncidence heureuse.

Pour ce qui est de l'urée, une première analyse faite le sixième jour de la maladie mentionnait 22 grammes d'urée pour les 24 heures et 13 grammes de sucre. Il y avait eu à peine un litre d'urine d'une densité de 1018. Deux jours après, au moment de la défervescence, on nota 2750 grammes d'urine, 68 grammes de sucre, 42 grammes d'urée, c'est-à-dire une véritable azoturie. La densité de l'urine était 1015. Enfin la dernière analyse donnait les résultats suivants : 30 grammes de sucre, 39 grammes d'urée. Densité de l'urine 1014. Le chiffre de l'urée s'était par conséquent peu abaissé.

Que cette azoturie soit liée au diabète ou attribuable à la crise urinaire normale de la pneumonie, elle est des plus importantes à noter. Nous avons vu plus haut les accidents graves qu'elle pouvait entraîner à sa suite, lorsque les reins étaient atteints dans leur fonctionnement ou même dans leur structure, comme cela arrive assez fréquemment chez les diabétiques. Chez le malade de M. Merklen, les reins étaient sains, les urines ne révélèrent jamais la moindre trace d'albumine, et c'est sans doute grâce à cette heureuse circonstance qu'il est redevable de sa guérison.

Si nous résumons les divers modes de terminaison de la pneumonie lobaire des diabétiques, nous dirons :

1° La pneumonie lobaire est une des complications les plus graves qui peuvent atteindre les diabétiques.

A la période ultime du diabète, elle peut les tuer sournoisement, sans avoir révélé sa présence par aucun signe extérieur.

Dans la forme lente et bénigne du diabète, elle les tue, soit par urémie, soit par gangrène, soit surtout par la suppuration rapide du poumon.

Dans un certain nombre de cas, sa marche est tellement rapide qu'elle peut emporter les malades en 24, 36 heures.

2° La pneumonie des diabétiques peut guérir et se comporter dans ses traits essentiels comme la pneumonie franche.

TRAITEMENT

« C'est surtout, dit Marchal de Calvi, à la prophylaxie de la pneumonie qu'il faut s'appliquer. Les frictions sèches, les bains sulfureux (1 par semaine suffit) en élevant la vitalité de la peau, la disposent à réagir contre le froid.

Lorsqu'un diabétique a éprouvé un refroidissement, il doit prendre immédiatement les plus grandes précautions, se coucher dans un lit chaud, boire par petites tasses rapprochées une infusion aromatique ou même alcoolique et n'affronter de nouveau la température extérieure qu'en ménageant la transition. »

S'il s'agit d'un diabétique sujet à contracter des bronchites, on lui conseillera d'aller vivre, s'il le peut, dans un climat constant et sec. Toutefois l'air marin paraît convenir aux diabétiques.

Etant donné une pneumonie lobaire chez un diabétique par quels moyens devons-nous la combattre ?

Nous avons vu que la dyspnée était le symptôme constant et prédominant de cette complication qui diminue l'étendue d'un champ respiratoire déjà altéré dans son fonctionnement régulier par le fait de l'existence du diabète.

La quantité d'oxygène absorbée par le poumon du diabétique, diminuant dans la proportion d'un sixième au cours du diabète, et même de la moitié, vers la fin de la maladie, il était tout indiqué de chercher à combattre cette insuffisance des échanges respiratoires, en faisant respirer de l'oxygène aux malades. C'est ce qu'on a fait, et non sans

succès, les inhalations d'oxygène peuvent rendre dans ce cas les plus grands services aux malades.

Pour combattre la tendance aux congestions pulmonaires qui viennent fréquemment se surajouter à la pneumonie et l'aggraver, on aura recours aux sinapismes et aux ventouses sèches. Marchal de Calvi, Bouchardat, Lécorché recommandent les émissions sanguines et les antimoineux ; nous pensons qu'il faut être très réservé dans l'emploi de l'émétique, chez des malades déjà si prédisposés à l'adynamie.

Un autre danger à éviter c'est la gangrène. Pour la prévenir on donnera les toniques de toute sorte, l'alcool, les vins généreux.

Par les mêmes moyens, on pourra lutter contre la tendance à l'adynamie. On y ajoutera utilement l'acétate d'ammoniaque. S'il survient du collapsus, la caféine et l'éther seront administrés en potions ou mieux en injections sous-cutanées.

Malgré la lactose qu'il contient, le lait pourra rendre les plus grands services, au double titre d'aliment et de médicament. On y aura recours, surtout, quand la quantité d'urine émise aura notablement diminué et à plus forte raison si on y a constaté de l'albumine.

L'antipyrine à la dose de 2 à 3 grammes par jour paraît être devenue le médicament spécifique du diabète. Elle pourra être avantageusement administrée en cas de complication pulmonaire. Le sulfate de quinine peut aussi rendre de grands services.

Il faut absolument proscrire dans le traitement local, l'usage des vésicatoires, et cela pour deux raisons :

1° L'apparition possible d'érysipèles ou de gangrène au point d'application.

2° L'irritation produite par la cantharidine sur un rein déjà si disposé à la néphrite.

On n'oubliera pas le traitement général qui n'est autre que celui du diabète. « Et l'on verrait sous l'influence de ce seul traitement guérir des pneumonies survenues chez des sujets diabétiques. Mais alors qu'il n'agirait que comme adjuvant, le traitement général est souvent indispensable à la réussite du traitement local » (Hanot. Thèse d'agrégation, 1880).

DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DES DIABÉTIQUES

Pour Seegen, et pour ceux qui comme Wilks, Pavy, Lasègue nient à peu près l'existence du tubercule chez le diabétique, la broncho-pneumonie simple est la complication pulmonaire la plus commune du diabète. Pour la plupart des auteurs, elle est au contraire assez rare, plus rare même, selon M. Lécorché, que la pneumonie lobaire. M. Joffroy dans sa thèse d'agrégation, ne se prononce pas et se contente de dire : « La broncho-pneumonie des diabétiques a du être souvent confondue avec la pneumonie tuberculeuse ; nous manquons de données pour l'étudier. »

Broncho-pneumonie à marche insidieuse. — Quoi qu'il en soit, la broncho-pneumonie non tuberculeuse existe dans le diabète et elle se manifeste à tous les âges. De même que la pneumonie lobaire, elle peut n'apparaître qu'à la période ultime de la maladie, ne se révélant par aucun symptôme extérieur qui attire l'attention, et peut n'être qu'une simple trouvaille d'autopsie. Pour en donner un exemple, nous nous contenterons de citer le fait suivant rapporté par M. Troisier et consigné dans les *bulletins de la Société anatomique* (année 1871, page 231).

OBSERVATION XI

Il s'agit d'un malade de 51 ans, observé par M. Troisier à la Pitié et dont les urines présentaient une notable quantité de sucre. Au bout de quelque temps, ce malade tomba dans le marasme diabétique et mourut, après avoir présenté dans les jours qui précédèrent sa mort des oscillations thermométriques variant entre 37° le matin et 38°, 4 le soir. « A l'autopsie on trouva que les moyennes et les petites bronches contenaient du pus. Il n'y avait pas de tubercules. Le tissu pulmonaire offrait des deux côtés, surtout aux bases, un léger degré de congestion œdémateuse. Du côté droit, on trouva quelques noyaux de pneumonie lobulaire suppurée. La plèvre droite était épaissie, tapissée par des néo-membranes hémorrhagiques. L'adhérence de la paroi thoracique était notable de ce côté. »

Mais la broncho-pneumonie n'a pas toujours cette allure insidieuse, et lorsqu'elle éclate au cours du diabète, chez un homme relativement vigoureux, elle se traduit par ses symptômes ordinaires; elle ne se distingue que par sa marche rapide, et quelques-uns de ses modes de terminaison, qui sont :

La guérison par résolution.

La mort rapide par asphyxie ou par adynamie.

La mort par gangrène.

Le passage à l'état chronique.

Guérison. — La guérison par résolution doit être très rare. Nous n'avons pu en recueillir aucune observation dans les divers ouvrages que nous avons consultés. Mais M. le D^r Landouzy nous a dit en avoir observé un très beau cas chez un malade près duquel il avait été appelé en con-

sultation. Pas plus que dans les cas de pneumonie lobulaire, il ne faut pas trop se hâter de porter un pronostic désespéré.

Mort par asphyxie. — La dyspnée est le symptôme dominant de la maladie. Elle prend parfois dès le début des proportions inquiétantes et conduit rapidement le malade à la mort par asphyxie. Outre le souffle et la matité en des points limités, au niveau des foyers de broncho-pneumonie, l'auscultation fait percevoir des râles sibilants et ronflants dans les grosses bronches, des râles sous-crépitaux dans toute l'étendue de la poitrine.

Mort par adynamie. — Dans d'autres cas, les symptômes asphyxiques font défaut, mais les malades succombent rapidement à l'adynamie et au collapsus.

Terminaison par gangrène. — Dans un grand nombre de cas, la broncho-pneumonie du diabétique aboutit à la gangrène des lobules envahis. Monneret, Griesenger, Scott, Hogdkin, Charcot, en ont rapporté des exemples, mais toutes leurs observations, sauf celle de Griesenger, se rapportent à des tuberculeux. Aussi nous rappellerons seulement cette dernière.

OBSERVATION XII

Griesenger, in Charcot, *Gazette Hebdom.*, 1861.

« Le malade, raffineur de sucre, mourut d'une gangrène du poumon. Atteint subitement il présenta les signes d'une hépatisation du lobe supérieur du poumon gauche. La fièvre était considérable. L'haleine et les crachats n'offraient pas la moindre odeur. Le huitième jour, la santé générale s'était beaucoup améliorée. Ce jour-là, le malade pendant un examen minutieux de la poitrine resta longtemps debout. Immédiatement après cet exa-

men, il eut un frisson très violent, une dyspnée considérable et tomba dans un demi-collapsus. 24 heures après, on constata une infiltration de tout le lobe inférieur du poumon gauche. Les crachats furent le jour suivant, très abondants, mousseux, d'une mauvaise couleur gris vert, annonçant une gangrène pulmonaire, mais toujours sans la moindre odeur, l'urine était assez abondante et contenait beaucoup de sucre, 3,2 pour 100. Environ 36 heures après le malade mourut.

A l'autopsie, on trouva la partie antérieure du lobe supérieur du poumon gauche complètement privée d'air, remplie d'une sérosité peu épaisse et d'un gris foncé; on y voyait, en outre, des cavités nombreuses, au plus de la dimension d'un haricot, remplies d'un liquide vert foncé, contenant des débris de tissu pulmonaire. Autour de ces cavités n'existait aucune trace de réaction inflammatoire, aucune hépatisation. Sur le lobe inférieur, la plèvre offrait des plaques blafardes, d'une coloration mauvaise, analogue à celle de la gangrène et entourée d'une injection très manifeste. A l'intérieur de ce lobe existait une cavité gangréneuse presque du volume d'un œuf de poule, très bien limitée, dans laquelle nageaient les éléments du poumon au milieu d'un liquide couleur chocolat. Autour du foyer, la plus grande partie du parenchyme de ce lobe était molle, rouge clair, sans granulation hépatique. Le poumon ne présentait aucune trace de tubercules. Aucun des points gangrenés n'exhalait l'odeur caractéristique. Le liquide gangréneux avait une réaction acide très prononcée. Malheureusement on ne put rechercher la nature de l'acide, par suite d'une inadvertance. »

Un fait signalé par la plupart des auteurs et bien noté dans l'observation de Griesenger, c'est l'absence de fétidité des crachats et des parties sphacélées du poumon. On en avait même fait la caractéristique de la gangrène pul-

monaire des diabétiques. Or la fétidité existe quelquefois. Elle est signalée dans un cas de Fritz cité par Marchal de Calvi. Elle existait aussi, quoique à un degré atténué, dans l'observation suivante due à Schlemmer, et qui prouve que la broncho-pneumonie des diabétiques peut guérir même alors qu'elle s'est compliquée de gangrène.

OBSERVATION XIII

Schlemmer, in *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, 1886.

Au commencement de juin 1885, le nommé P..., garçon de restaurant, âgé d'une quarantaine d'années, vint me consulter au sujet d'une toux qui le tourmentait depuis longtemps et qui avait débuté à Nice où il s'était surmené pendant les deux derniers hivers. En interrogeant ce malade déjà un peu maigre et sensiblement affaibli, je me trouvai amené à penser au diabète, et j'appris que depuis un an l'urine laissait des taches blanchâtres sur ses souliers et que le prépuce était le siège d'éruptions herpétiques fréquentes.

L'urine examinée me fournit un dépôt abondant de glycose. Malgré mes avis, ce malade refusa alors de se soumettre à aucune espèce de traitement, en dehors de quelques tisanes et de quelques précautions diététiques; il s'obstina à remplir, avec un zèle au-dessus de ses forces actuelles, les fonctions beaucoup trop pénibles qu'exige son emploi au Mont Dore.

Je ne puis songer à reproduire ici toute son observation que j'ai recueillie pendant près d'un mois et 1/2 à raison de 2 et parfois de 3 visites par jour. Je tâcherai de résumer aussi fidèlement que possible l'histoire de ce malade, auquel mon ami, le Dr Percepiéd, a bien voulu s'intéresser avec moi, et auprès duquel mon

beau-père, le Dr de Valcourt, m'a prêté plus tard le concours de son expérience.

Vers le 7 juin, il n'y avait aucun signe d'affection pulmonaire localisée, la toux le plus souvent sèche alors résultait surtout d'une pharyngo-laryngite, et l'on ne trouvait dans la poitrine, dont la sonorité était partout normale, que quelques râles de bronchite, mobiles, fugaces, qui disparaissaient entièrement après les efforts de toux.

Cette toux diminua quelque peu pendant les premiers jours pour reprendre peu de temps après, ce ne fut que vers la fin du mois qu'elle commença à s'accompagner d'expectoration abondante; déjà depuis trois ou quatre jours, j'avais insisté auprès de ce malade pour qu'il se soignât, en raison de la fièvre que je voyais s'allumer chez lui de plus en plus vive; malgré mes instances et celles de son chef, ce garçon trop courageux et trop scrupuleux ne pouvait se décider à quitter son service, il ne revint me consulter que dans les derniers jours de juin. Cet homme se mit alors au lit avec une fièvre ardente. Temp. 39°, 5. Pouls 148.

Une peau brûlante et sèche, une douleur d'ailleurs peu marquée siégeant vers les insertions du diaphragme et rapportée par le malade à la fréquence et à la violence de sa toux, une expectoration abondante de crachats épais muco-purulents et sucrés.

La percussion et l'auscultation ne nous révélèrent rien à ce moment en dehors de quelques râles sibilants siégeant vers le sommet droit en arrière; la respiration s'entendait partout pure et il n'y avait de matité nulle part, les urines étaient toujours chargées de sucre et ne contenaient pas d'albumine en quantité appréciable. Les quelques notes suivantes que j'extraits de mon carnet suffiront pour montrer comment sont apparues les lésions pulmonaires.

2 juillet. — Le malade expectore dans les 24 heures une assietée entière de *crachats visqueux et épais, d'un jaune verdâtre*

laissant dans la bouche un goût sucré persistant ; on ne trouve toujours rien à la percussion, la respiration paraît très légèrement soufflante à gauche vers la base. Température 39°,8.

3 juillet. — Expectoration toujours aussi abondante et sucrée, pas de matité, rien de caractéristique à l'auscultation, la sibilance du sommet semble même avoir disparu. Température 39°,9.

4 juillet. — Il est survenu une légère diarrhée ; le malade *a sué*, la peau est meilleure, l'expectoration persiste avec les mêmes caractères ; à droite vers le haut, respiration légèrement soufflante en avant et en arrière, à gauche vers la base un peu en dehors, matité légère, douleur à la pression sur la ligne axillaire.

Pour la *première fois* on entend quelques râles assez gros à la partie inférieure du côté gauche.

5 juillet. — Quelques râles de dimension variable dans les deux côtés de la poitrine à droite, respiration puérile, mais pas de matité, à gauche, matité nette vers la base, mais moins accusée vers l'aisselle et l'espace sous-claviculaire. Temp. 39°,8.

6 juillet. — Sueurs. Plus de diarrhée. Souffle en arrière au sommet gauche ; matité étendue à la base depuis la ligne axillaire jusqu'à la région antérieure.

Souffle et gros râles nombreux ; le sucre est toujours aussi abondant. Temp. 39°,3.

Je crois pouvoir abrégé ici la relation de mes notes qui offriraient sans utilité des répétitions fastidieuses, à partir de ce moment, la fonte purulente s'accroît rapidement, surtout à la base gauche, depuis l'arrière jusqu'à la région antérieure ; la toux qui avait changé de caractère était beaucoup moins pénible. Jusqu'au 18 juillet la température se maintint aux environs de 39°, malgré les divers antipyrétiques employés, les crachats toujours extrêmement abondants (jusqu'à 3 assiettes 3 jours) conservèrent aussi les mêmes caractères de viscosité, de purulence et de saveur sucrée, un seul jour le malade *accusa* une odeur quel-

que peu fétide des crachats ; les urines très abondantes et mousseuses se montrèrent toujours aussi chargées de glycose.

Pendant tout ce temps, le malade se cachectisa de jour en jour ; sans être profuses, les sueurs n'ont pas fait défaut ici ; quant à la diarrhée elle n'a pas été abondante et n'a duré que 2 jours. Malgré la révulsion que nous avons tentée avec les frictions térébenthinées et les sinapismes, puis même avec les pointes de feu, les signes d'ulcération pulmonaire s'accusent à la base tandis qu'ils se limitaient au sommet. A ce moment on notait à la base gauche, le souffle et la voix amphorique, le gargouillement, surtout à la partie antérolatérale et les gros râles vers l'arrière. Dans la fosse sus-épineuse et sous l'omoplate on ne trouvait que des râles sous-crépitaux à bulles assez grosses. A partir du 27 juillet, le malade ne supportant plus les médicaments employés, sulfate de quinine, antipyrine, glycérine, nous avons supprimé toute prescription pharmaceutique et nous avons tenté exclusivement l'eau du Mont-Dore en boisson, additionnée d'une quantité minime de cognac que le malade réclamait avec instance.

Depuis le 16 juillet environ jusqu'au 6 août l'abondance de l'expectoration a notablement diminué (jusqu'à une demi-soucoupe par jour). La température est descendue pour se maintenir entre 37°,8 et 38°,2.

Localement le processus ulcératif a paru s'être limité ; l'appétit est revenu peu à peu, le sommeil est devenu meilleur, et les forces reprirent suffisamment pour nous permettre de laisser partir le malade. Cette amélioration très peu accusée encore, puisque jusqu'à la fin de juillet, nous n'avions pas cru devoir obtempérer au désir de ce malade qui, depuis le début de ses accidents nous suppliait de le laisser transporter chez lui, s'est accentuée très rapidement ; car avant la fin du mois d'août j'ai appris qu'il avait retrouvé assez de santé, pour reprendre dans son pays à peu près sa vie ordinaire, et cette nouvelle m'a été

confirmée encore en septembre. Un fait a frappé mon attention dans le cas actuel, c'est qu'à partir du 20 juillet la glycosurie (qui avait persisté pendant toute la période consomptive) a cessé complètement, alors que la fièvre diminuait et que l'amélioration générale et locale commençait à se manifester.

Discussion. — Quelle est la nature du processus qui a abouti si rapidement à la production de cavernes dans ce poumon ne présentant au début aucun indice d'irritation localisée ? Ni la dilatation bronchique, ni la vomique pulmonaire ou pleurétique, ni la gangrène des extrémités bronchiques, du moins dans sa forme commune, ne peuvent cadrer avec l'évolution des symptômes observés. Avons-nous affaire ici à une phthisie par la tuberculose acquise ? Si cette complication est fréquente dans le diabète, et si dans le cas actuel, le malade présentait toutes les conditions d'épuisement les plus favorables à l'installation du bacille, il faut reconnaître qu'au point de vue clinique les symptômes ont différé assez notablement de ceux que la plupart des auteurs s'accordent à assigner à la phthisie tuberculeuse chez les diabétiques. Dans ce dernier cas, en effet, le début est souvent lent et insidieux et l'affection commence généralement par le sommet (Dreschfeld), la phthisie est froide et sans réaction (Pidoux), la toux sans expectoration, les crachats n'apparaissent guère qu'avec les cavernes et ne diffèrent pas de ceux de la tuberculose habituelle, les sueurs manquent presque toujours, alors même que le malade est ruiné par la fièvre hectique, la température reste basse et descend même au-dessous de la normale jusqu'à 34°,6 (Griesenger), l'appétit est conservé, contrairement à ce qui se passe dans la tuberculose commune (Lécorché).

Enfin c'est seulement quand la phthisie est déjà avancée que la température s'élève et qu'alors la glycosurie diminue ou cesse, le diabétique devenant un tuberculeux ordinaire dont les lésions se compliquent souvent de gangrène et aboutissent généralement à

une mort rapide. L'affection qui me paraît en raison de la marche des symptômes et des signes stéthoscopiques se rapprocher le plus étroitement du cas en question est la pneumonie catarrhale secondaire signalée chez les diabétiques par Pavy, Wilks, Seegen, Dreschfel et Demange ; cette broncho-pneumonie aiguë à forme souvent pseudo-lominaire qui succède le plus habituellement à une bronchite et qui peut se terminer par résolution, mais passe le plus fréquemment à l'hépatisation grise avec ramollissement des lobules et formation rapide de cavernes, paraît s'accompagner, comme d'ailleurs les processus ulcératifs précédemment cités, d'une gangrène plus ou moins diffuse favorisée par la glycémie et dénuée encore d'odeur caractéristique.

Si malgré la rareté des cavernes non tuberculeuses que M. Lécorché semble même nier aujourd'hui d'une manière absolue chez les diabétiques, nous croyons avoir dans le cas actuel un exemple de cette broncho-pneumonie aiguë signalée par Demange et par Dreschfeld et succédant sans doute à la forme de bronchite tenace récidivante et non bacillaire, à laquelle M. Lécorché a réservé le nom de *bronchite diabétique* ; c'est que pendant toute la durée de cette observation, nous n'avons jamais rencontré dans les très nombreuses préparations que nous avons faites des crachats, ni avant ni après leur purulence, un seul bacille, alors que diverses lamelles colorées exprès, en même temps, dans les mêmes capsules, d'aniline fuschinée, nous montraient nettement les bacilles chez les autres malades. Sur deux de ces préparations j'ai remarqué des cocci sphériques très nets et parfaitement arrondis colorés en bleu par la méthyline, qui paraissaient être emprisonnés par le mucus et n'avaient aucun rapport avec les débris de cellules entraînées ; ils étaient tantôt isolés, tantôt entassés et quelquefois même accolés en chaînettes apparemment suivant l'espace offert par le mucus qui les englobait. La description des masses zooglées de Malassez, la forme allongée de leurs coc-

eus, leur disposition en diplococcus ou en spirales pelotonnées ; enfin, et surtout la difficulté très grande de leur coloration qui exige une technique spéciale et très délicate, m'autorise à exclure ici l'idée d'une tuberculose de ce genre.

Ces deux préparations se rapportent à la période où les crachats étaient tout à fait purulents, et rien ne m'autorisant à supposer que j'ai rencontré là un microbe spécial au diabète ou un des ferments glycogènes invoqués par Tiegel et Zimmer en faveur de leurs théories, l'hypothèse qui me paraît la plus vraisemblable c'est que j'ai observé ici un des micrococcus de la suppuration, et plus probablement le staphylococcus aureus que l'on a signalé récemment encore dans un cas de bronchite putride, en le différenciant d'un micrococcus d'apparence identique dont l'inoculation produisait la gangrène des organes, sans suppuration préalable. Quant à l'urine qui ne renfermait pas d'ailleurs une notable proportion d'albumine, j'y ai constaté toujours jusqu'à cessation de la glycosurie, l'apparition de globules ovoïdes très nombreux et très mobiles que Quévenne signale dans la fermentation alcoolique.

Pourquoi ne retrouve-t-on pas en général, dans la gangrène pulmonaire des diabétiques la fétidité de l'haleine et des crachats : odeur de matière fécale, ou de pourriture, odeur de dents cariées ou simplement odeur fade que l'on rencontre dans la gangrène ordinaire du poumon. Aucune explication satisfaisante n'en a été donnée jusqu'ici, et il est impossible de dire s'il s'agit de quelque particularité dans les réactions chimiques des tissus sphacelés, ou dans la disposition anatomique des foyers gangréneux.

Quoi qu'il en soit, cette absence de fétidité pourra rendre le diagnostic beaucoup plus difficile dans la gangrène pulmonaire des diabétiques que dans la gangrène pulmonaire

ordinaire. On n'aura plus pour se guider que l'état général du malade et le rejet de crachats noirâtres contenant des débris de tissu pulmonaire.

Il est enfin un quatrième mode de terminaison que l'on peut observer dans la broncho-pneumonie aiguë simple, c'est son passage à l'état chronique. Et ici, nous n'entendons pas parler de la dégénérescence caséuse qui est toujours de nature tuberculeuse, mais bien d'une pneumonie fibreuse spéciale avec dilatation bronchique et sécrétion purulente, induration scléreuse du parenchyme. L'une et l'autre forme peuvent se présenter avec les mêmes symptômes ; elles ne diffèrent que par la différence d'aspect et de nature des lésions anatomiques, la présence ou l'absence des bacilles et des nodules tuberculeux. M. Lecorché dans son récent *Traité du diabète chez la femme* a exposé d'une façon très claire les difficultés du problème.

« La découverte de Koch a singulièrement simplifié la question de la phthisie diabétique. Il y a quelques années, on discutait encore pour savoir si oui ou non cette phthisie était de nature tuberculeuse. Les uns niaient l'existence de la tuberculose avec granulation dans le diabète ; les autres admettaient seulement une forme de pneumonie caséuse disséminée propre à la glycosurie ; d'autres pensaient que les cavernes constatées à l'autopsie étaient dues à une pneumonie chronique simple à tendance ulcéreuse.

L'observation a fait justice de la première assertion, en montrant que les granulations tuberculeuses s'observaient non seulement dans les poumons du diabétique, mais encore dans le larynx, dans l'intestin, dans le péritoine, et l'histologie n'avait pas attendu la découverte du parasite spécifique pour établir l'identité de la pneumonie caséuse et de la pneumonie tuberculeuse.

Aujourd'hui, toute discussion de ce genre serait oiseuse, le problème se limite à ces deux points :

1° Le bacille tuberculeux avec sa réaction colorante spéciale se rencontre-t-il dans les tissus et dans les produits d'expectoration des sujets diabétiques atteints de phthisie ?

2° Sa présence est-elle constante chez tout diabétique offrant les symptômes d'une affection chronique des bronches ou des poumons ?

En d'autres termes, à côté de l'inflammation proprement tuberculeuse du poumon caractérisée par le bacille de Koch, n'existe-t-il pas dans le diabète des lésions broncho-pulmonaires chroniques de nature purement inflammatoire ? Pour le premier point la question est résolue, non seulement les lésions microscopiques et histologiques sont les mêmes dans la phthisie diabétique et dans la phthisie tuberculeuse ordinaire, mais encore la cause première est identique dans les deux cas et l'on trouve le bacille spécifique dans les tissus malades et dans l'expectoration bronchique. A cet égard les recherches faites par Riegel, Leyden, Rutimeyer, Merkal, sont concordantes, et nous-mêmes, dans plusieurs cas de phthisie diabétique, nous avons constaté la présence du bacille de Koch, dans les crachats. Il ne saurait donc être question d'une phthisie spéciale aux diabétiques.

Lorsque ces symptômes et les signes de la consommation pulmonaire apparaissent chez un glycosurique, c'est que le parasite de la tuberculose a pénétré et a pris racine dans ses poumons, et sans doute y trouve-t-il un terrain éminemment favorable à son développement et à sa multiplication, car la fréquence de la phthisie est telle chez les diabétiques que plus de la moitié meurent tuberculeux, et d'autre part le caractère le plus saillant de la maladie en

pareil cas est la rapidité de son évolution et la large extension des lésions produites.

Cela veut-il dire que tous les diabétiques qui toussent d'une manière persistante sont forcément tuberculeux et que le bacille de Koch est seul capable de déterminer chez eux des lésions pulmonaires chroniques ? Evidemment non : les diabétiques peuvent être atteints de catarrhe chronique simple, de bronchite chronique, avec emphysème, ils peuvent avoir des altérations broncho-pulmonaires d'origine cardiaque, nous ne faisons même aucune difficulté d'admettre qu'ils peuvent faire de véritables broncho-pneumonies chroniques avec dilatation des bronches et sclérose du poumon ; mais ces faits n'entament en rien le principe de l'unité des phthisies diabétiques et tuberculeuses ; il n'y a là qu'une question de diagnostic différentiel qui se présente ici avec les mêmes obscurités que dans la pratique ordinaire.

Rien de plus délicat, en effet, que le diagnostic de ces affections chroniques non tuberculeuses des poumons chez les diabétiques ; d'une part l'auscultation donne la plupart des signes physiques de la phthisie pulmonaire, de l'autre l'épuisement et l'amaigrissement résultant des progrès mêmes du diabète simulent en tout point l'apparence de la consommation tuberculeuse.

La recherche des bacilles de Koch dans les crachats permet de faire la différence.

Nous avons pu ainsi chez deux de nos malades présentant depuis plusieurs années des symptômes qui avaient fait croire à une tuberculose pulmonaire, reconnaître que ces symptômes ne relevaient nullement de la phthisie pulmonaire proprement dite ; l'examen des crachats pratiqué

à plusieurs reprises a toujours démontré l'absence de tout bacille tuberculeux.

Il ne s'agissait évidemment chez ces diabétiques que de bronchite chronique avec induration scléreuse limitée du tissu péri-bronchique. Le diabétique peut donc comme tout autre individu être atteint de lésions pulmonaires qui simulent la phthisie, et si l'on veut englober les faits de ce genre sous le nom de phthisie diabétique sucrée, il en résultera une confusion inextricable dont nous ne voyons les avantages que pour les médecins peu soucieux d'un diagnostic précis.

La dénomination de phthisie diabétique doit être réservée aux lésions produites chez les diabétiques par le bacille spécifique, cliniquement elles ont pour caractéristique essentielle la constatation du parasite dans les produits d'expectoration bronchique. Quand on est assuré de l'absence du bacille, il faut savoir reconnaître un catarrhe chronique avec ou sans dilatation des bronches, une sclérose du poumon, etc., et ne pas venir arguer de ces faits pour édifier à nouveau, au profit particulier de la phthisie diabétique, une dualité que l'histoire de la tuberculose ne permet plus de soutenir au point de vue général. »

TRAITEMENT.

Les principales indications du traitement étant les mêmes que pour la pneumonie lobaire, nous renvoyons le lecteur à ce qui a été dit dans le précédent chapitre.

DE LA CONGESTION PULMONAIRE CHEZ LES DIABÉTIQUES

La congestion pulmonaire est fréquente chez les diabétiques. Tantôt, elle se montre à l'état isolé, tantôt elle s'associe à une autre complication pulmonaire, bronchite ou pneumonie. C'est le cas, par exemple, dans la variété de pneumonie lobaire, dite pneumonie foudroyante, où la congestion paraît jouer un rôle prédominant par son étendue et la rapidité de sa marche.

A l'état isolé, la congestion pulmonaire se manifeste sous ses deux formes ordinaires : la forme pneumonique de Woillez et la forme pleurétique (spléno-pneumonie de Grancher!).

Chez les diabétiques, la congestion pulmonaire du type Woillez, se présente avec ses caractères ordinaires. Rien ne la distingue, si ce n'est peut-être la rapidité de sa production et de sa disparition. Nous y retrouvons, comme dans la forme vulgaire, la fièvre vive, le point de côté, la toux, la dyspnée, l'expectoration gommeuse. On y constate aussi à l'examen local que les vibrations thoraciques sont normales ou diminuées, mais *jamais augmentées*. A la percussion, on note de la matité, et à l'auscultation une respiration, tantôt rude, tantôt soufflante, accompagnée ou non de râles humides, parfois crépitants. Tous ces symptômes ressemblent beaucoup à ceux du début d'une pneumonie, et il n'est point étonnant que de bons auteurs

n'aient pu éviter la confusion. C'est ce qui nous semble être arrivé à Marchal de Calvi dans une de ses observations qu'il donne comme un cas de pneumonie guérie.

OBSERVATION XIV

(Marchal de Calvi, *Recherches sur les accidents diabétiques*).

« Un diabétique ayant bonne apparence, vivant, sauf le régime de la vie de tout le monde, fut pris d'une forte fièvre, avec oppression, toux rare et sèche, céphalalgie atroce et face vultueuse.

Appelé aussitôt, je constatai à la base de la poitrine, en arrière et à gauche, un râle crépitant, avec diminution de la sonorité à la percussion, sans souffle.

J'avoue que j'en éprouvai une grande appréhension, connaissant l'effroyable gravité de la pneumonie diabétique.

Non moins pénétré de l'idée de l'hyposthénie diabétique, je craignais extrêmement les évacuations sanguines et le tartre stibié. D'ailleurs, le pouls à 112 était mou et peu développé, nullement pneumonique. Je fis mettre une sangsue aux malléoles, à chaque membre, et on laissa saigner les piqûres pendant une heure seulement. Je fis appliquer de larges sinapismes sur les cuisses et je donnai de 3 en 3 heures deux gouttes de teinture d'aconit dans une grande cuillerée d'eau.

Je me disposai à faire appliquer le lendemain un vésicatoire sur la poitrine, mais l'amélioration fut si prompte et si accusée que je n'eus pas besoin de recourir à ce moyen. La guérison était complète au bout de huit jours, et presque aussitôt, le malade reprit ses occupations. »

L'aspect simplement gommeux des crachats, l'état des vibrations, sont peut-être, à part la différence dans la marche et la

terminaison, les seuls caractères qui distinguent cette forme de congestion de la pneumonie ordinaire. C'est souvent insuffisant pour éviter de les confondre l'une avec l'autre, surtout au début.

Il est, avons-nous dit, une autre forme de congestion pulmonaire. C'est la spléno-pneumonie.

Elle se présente absolument sous les dehors d'une pleurésie. Comme dans celle-ci, on constate :

Une augmentation de volume plus ou moins considérable de tout un côté.

Une matité plus ou moins absolue.

Une disparition complète ou presque complète des vibrations thoraciques.

A l'auscultation. — On entend un souffle pleurétique, de l'œgophonie ou de la broncho-œgophonie, de la pectoriloquie aphone. Lorsque la lésion siège à gauche, et c'est ce qui a presque toujours lieu sans qu'on sache pourquoi, la pointe du cœur cesse d'être appréciable à la palpation, et le maximum des bruits se perçoit d'ordinaire vers la quatrième ou cinquième articulation chondro-sternale.

D'autre part, il y a eu des frissons, de la douleur de côté, de la fièvre. Il est donc bien difficile de ne point diagnostiquer une pleurésie avec épanchement.

Les caractères qui permettront de reconnaître une spléno-pneumonie sont :

L'expectoration gommeuse ;

La persistance de l'espace de Traube ;

L'absence de déviations sternales ;

La réapparition graduelle des vibrations thoraciques vers le sommet ;

Parfois la constatation de crépitations fines vers la base des poumons malades ;

Enfin, en dernier ressort, la ponction capillaire.

Nous devons à M. Queyrat une belle observation de cette forme de congestion pulmonaire observée chez un diabétique, et il semble qu'elle ait emprunté au diabète un caractère de gravité qu'elle n'a pas habituellement, car si sa marche est beaucoup plus lente que la forme précédente, si elle dure parfois 3 à 4 semaines, sa terminaison habituelle est la guérison. Le malade de M. Queyrat mourut au bout de trois semaines de maladie, et à l'autopsie, on trouva dans le lobe inférieur gauche, une cavité gangréneuse de la dimension d'un petit œuf. Cette lésion avait du reste été diagnostiquée pendant la vie, grâce à l'état général du sujet, et aussi, fait à noter, grâce à l'odeur légèrement gangréneuse des crachats, odeur que l'on ne pouvait percevoir qu'à une faible distance.

Nous relevons en outre dans cette observation deux autres particularités, l'une concernant la température qui a atteint certains jours jusqu'à 40°,2, l'autre concernant le sucre qui a fini par disparaître complètement vers la fin de la maladie.

OBSERVATION XV

Spléno-pneumonie chez un diabétique. Gangrène pulmonaire.
Mort.

Queyrat. Thèse de Bourdel, 1885.

Le nommé L... Paul, âgé de 39 ans, journalier, entré le 17 décembre 1883, à l'hôpital Necker, service de M. Blachez, salle

Saint-Ferdinand ; rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires de ce malade ; quant à ses antécédents personnels, ils sont excellents, à cela près, qu'il y a 6 ans, il eut une affection thoracique *mal déterminée*, caractérisée par un point de côté à droite, de la fièvre, une expectoration abondante ; il garda le lit pendant 15 jours, fut traité par les vésicatoires et guérit parfaitement. Pas de syphilis, ni d'alcoolisme. Il y a 8 jours, il fut pris à la suite d'un refroidissement, d'un violent point de côté à gauche, avec quelques frissons et de la toux ; il s'alita, mais son état s'aggravant, il entra à l'hôpital le 17 décembre.

Etat actuel. — Homme bien constitué appelant immédiatement l'attention sur une douleur de côté à gauche très intense, et une grande difficulté pour respirer (48 respirations par minute).

La voix est haletante, le faciès anxieux, les narines se dilatent activement, le malade est obligé de rester assis dans son lit. Toux fréquente, brève, pénible, s'accompagnant d'une abondante expectoration gommeuse. Le pouls est à 116, la température axillaire à 39°,8, langue saburrale, soif vive, rien d'anormal du côté des viscères abdominaux. L'examen des urines dénote une notable proportion de sucre et un peu d'albumine. Interrogé au point de vue du diabète, le malade raconte que depuis plusieurs mois il est très altéré et urine beaucoup plus que de coutume. Quant aux signes fournis par l'examen du thorax :

Côté droit. — Rien de particulier si ce n'est une respiration nettement supplémentaire.

Côté gauche		Amplexation — Augmentation de volume — très nette	
	En arrière	Palpation	<i>Vibrations nulles à la partie inférieure, à peine appréciables à la partie moyenne, à peu près normales en haut.</i>
		Percussion	<i>Matité complète dans les 2/3 inférieurs.</i>
		Auscultation	<i>Fosse sus-épineuse, respiration forte, supplémentaire. Fosse sous-épineuse, souffle expiratoire aigre, qui se produit jusqu'en bas, égophonie des plus nettes. pectoriloquie aphone. De plus, que l'on fasse respirer fortement le malade, ou qu'on le fasse tousser on ne perçoit aucune crépitation.</i>
	En avant	Région sous-claviculaire	<i>Percussion = + Vibration = — Respiration = —</i>
		En bas	<i>L'espace de Traube persiste dans toute son intégrité.</i>

Le choc de la pointe du cœur n'est plus appréciable, et à l'auscultation, le maximum des bruits se perçoit au niveau de la cinquième articulation chondro-sternale gauche.

Etant donnée la persistance complète de l'espace de Traube, étant donné d'autre part que les vibrations thoraciques reparais- sent graduellement vers la partie supérieure et que le malade a une abondante expectoration gommeuse, l'interne de service porte à la visite du soir le diagnostic de spléno-pneumonie gauche. Le lendemain, à la visite, M. Blachez qui penche pour le diagnostic de pleurésie avec épanchement fait dans le septième espace intercostal gauche et en arrière, une ponction avec l'appareil de Potain, il ne sort que du sang.

A la suite, M. Grancher voulant s'assurer qu'il n'existe pas une mince lame liquide interposée entre le poumon et la paroi cos-

taille fait successivement deux ponctions exploratives avec la seringue de Pravaz, dans le septième et le huitième espace intercostaux, il ne retire que du sang mélangé de bulles d'air.

Traitement. — Polion de Todd, large vésicatoire à gauche et en arrière.

Légère amélioration les jours suivants; au lieu de 48, le nombre des respirations n'est plus que de 36, puis de 30, le point de côté a diminué, l'oppression est moindre, néanmoins la température reste aux environs de 39°,5.

Polyurie, la quantité d'urine rendue dans les 24 heures oscille entre 1.800 et 2.000 grammes; quant à la glycosurie, elle va diminuant peu à peu, pour disparaître complètement le 21 décembre. Les choses en étaient là, lorsque le 23 décembre (7 jours après son entrée) le malade se trouve pris d'une dyspnée extrême (60 respirations par minute), la température est à 40°,2, le pouls à 140; rien dans l'état général; rien dans l'état local qui explique cette brusque perturbation. Deux jours après, le 25 décembre, les crachats prennent une odeur légèrement gangréneuse appréciable seulement à une faible distance, et n'incommodant nullement les voisins du malade; cette odeur persiste les jours suivants, sans augmenter d'intensité, seulement l'expectoration perd son aspect gommeux et devient grisâtre, diffluente. Les signes stéthoscopiques restent les mêmes, à cela près qu'au niveau du tiers inférieur du côté gauche, on perçoit de gros râles muqueux à timbre métallique, et un peu d'amphorisme de la voix et de la toux.

L'état général s'aggrave rapidement, le malade maigrit beaucoup, il a des sueurs profuses, son appétit est complètement perdu. Lorsque nous quittons le service le 31 décembre tout semblait indiquer une fin prochaine. Notre collègue Marey qui nous a succédé dans le service et qui a pratiqué l'autopsie a bien voulu nous en communiquer le résultat. Le cœur et les viscères abdo-

minaux étaient sains. Quant aux poumons, il existait à droite quelques adhérences, et une hépatisation grise des deux lobes inférieurs. A gauche, au niveau du lobe inférieur, cavité gangréneuse du volume d'un petit œuf contenant un détritüs analogue aux crachats et communiquant avec la plèvre diaphragmatique par un orifice admettant le petit doigt.

Nulle part de tubercules. Pas de pleurésie. On ne peut voir un cas plus net de spléno-pneumonie dans lequel une maladie générale, le diabète, semble bien avoir été la cause de l'évolution particulière de la lésion et de la terminaison fatale ; car la spléno-pneumonie guérit presque toujours ; du moins pour le moment, car il en est d'elle comme des pleurésies, elle semble d'un mauvais pronostic pour l'avenir et semble dans bien des cas liée à la diathèse tuberculeuse.

PNEUMONIE. BRONCHOPNEUMONIE. CONGES-
TION PULMONAIRE CHEZ LES ENFANTS DIA-
BÉTIQUES.

Nous savons que le diabète est rare chez les enfants. Il est le plus souvent dû à l'hérédité ; les enfants diabétiques sont toujours de souche arthritique, que le diabète ait frappé ou non les ascendants (Rojas).

Chez l'enfant le diabète aboutit très rarement à la tuberculose, mais il peut se compliquer de toutes les lésions pulmonaires que nous avons étudiées chez l'adulte.

Toutefois la broncho-pneumonie est la forme la plus commune. Elle paraît ne différer en rien de celle de l'adulte, sauf en ce qui concerne sa terminaison qui semble toujours mortelle.

OBSERVATION XVI

Savart. Thèse de Leroux.

P..., âgé de 2 ans et demi, entre à la salle Saint-Louis, le 26 avril 1880 (Service du Dr Archambault).

Enfant faible, très amaigri, malade depuis longtemps ; toux assez fréquente, respiration courte, à l'auscultation on trouve dans les deux poulmons, des points de broncho-pneumonie. Deux ou trois jours après son entrée, on s'aperçoit que cet enfant avait une soif vive, buvait constamment et urinait beaucoup, ce qui fit penser à examiner les urines, dans lesquelles on trouva une

grande quantité de sucre. Le petit malade s'affaiblit de plus en plus, et succombe quelques jours après, le 5 mai.

Pas d'autopsie.

La pneumonie, quoique plus rarement que chez l'adulte, peut aussi atteindre l'enfant diabétique, mais elle paraît avoir chez ce dernier une gravité plus grande encore. Elle peut comme chez lui affecter une marche insidieuse ; il faut toujours la rechercher avec soin et persévérance chez un enfant diabétique atteint de dyspnée.

OBSERVATION XVII

Legroux. Thèse de Leroux.

Il s'agit d'un petit garçon, soigné d'ailleurs sans grand résultat pour un diabète, depuis le mois de juin 1876, jusqu'au mois de janvier 1877.

14 janvier 1877. — Alors que les jours précédents avaient été assez bons, l'enfant (il rendait au mois de novembre 15 à 16 grammes de sucre par litre) est agité, il a de la fièvre, dort mal, est pris de soif vive, il sursaute à chaque instant, le sommeil est interrompu par des cauchemars ; fièvre, pouls serré, rapide, réponses lentes et difficiles à obtenir, respiration fréquente ; l'auscultation ne fournit aucun signe de la pneumonie que Legroux soupçonnait.

Dans la nuit du 14, les accidents se caractérisent mieux, dyspnée croissante, expiration plaintive avec effort, subdélirium, pouls vif, peau froide ; la pneumonie cherchée n'apparaît pas encore.

Le lendemain matin 15, MM. les D^{rs} H. Roger et Legroux constatent pour la première fois des râles crépitants à la base du poumon droit dans la ligne axillaire. Dyspnée intense, état de demi-

coma ; adynamie profonde, prostration dont l'enfant ne sort que pour demander à boire et sucer des oranges, cyanose, presque pas de toux, pas de crachats, les vésicatoires sont écartés du traitement à cause de l'état diabétique. Le soir, refroidissement des extrémités, le délire continue, perte de connaissance, orthopnée, insensibilité complète.

Mort le lendemain 16, à 7 heures du matin. Pas d'autopsie.

La pneumonie n'a pas toujours cette allure sournoise ; elle peut se présenter avec tous ses caractères habituels. L'observation suivante due à Archambault (Thèse de Redon, 1877), montre que la température peut atteindre un chiffre assez élevé. Les deux cas de pneumonie que nous avons relevés se sont terminés par la mort, et l'un d'eux s'est compliqué de gangrène pulmonaire.

OBSERVATION XVIII

Archambault. Thèse de Redon, 1877.

Fille de 12 ans, chez laquelle le diabète avait été déjà constaté l'été de 1875.

4 février 1876. — Temp. 38°, P. 132.

Prise d'un point de côté dans le milieu de la nuit, elle a eu la diarrhée et s'est levée plusieurs fois pour aller à la garde-robe. Le point de côté siège à gauche au milieu des fausses côtes, la respiration est très accélérée et pénible, rien du côté droit, du côté gauche en arrière, râles sonores et crépitants gros en avant et sous la clavicule, respiration bien plus forte qu'à droite, sonorité conservée ; l'amaigrissement n'est pas jusqu'à ce jour très prononcé.

11 février (3 h. du soir). — P. 152. Resp. 36.

Temp. 39°, 2. — Le 12 P. 156. Respir. 36. Temp. 39°, 2. —

L'auscultation fournit des résultats peu précis ; bronchite généralisée, probablement broncho-pneumonie, et même pneumonie de la partie moyenne du poumon gauche, gêne respiratoire considérable.

L'urine traitée par la liqueur de Barreswill, donne un abondant précipité, sécheresse de la bouche. Etat adynamique.

La respiration se fait comme s'il y avait un obstacle laryngé ; les muscles du cou se tendent et les parties molles se dépriment à chaque respiration ; il n'y a cependant pas d'altération de la voix.

La langue est sèche, la face altérée, la faiblesse excessive, elle peut à peine parler cependant, elle s'assied sans aide sur son lit ; état d'assoupissement habituel (on diagnostique une gangrène pulmonaire sans odeur).

Soir, yeux à demi fermés, râle trachéal, ne donne pas de signe de connaissance lorsqu'on approche de son lit, ne répond plus. T. 38°,5 ; P. 144 : R. 36. Mort quelques instants après. Nécropsie faite le 14, trente-six heures environ après la mort.

En enlevant les organes thoraciques, on trouve de la pleurésie sèche ancienne avec adhérence presque totale du poumon droit. A gauche, pleurésie avec épanchement un peu louche, peu abondant. Les deux plèvres interlobaires sont agglutinées par une fausse membrane. Les deux poumons sont congestionnés, ne crépitent presque plus ; à droite, on note un peu d'emphysème au sommet avec de la congestion généralisée ; à gauche, congestion.

En outre, le lobe inférieur est pesant, dur, et à la coupe, on voit une pneumonie généralisée de ce lobe, arrivée presque partout à l'hépatisation grise ; sur le bord postérieur du lobe supérieur gauche, excavation pouvant contenir une grosse noix et renfermant une sorte de bourbillon caséeux. Le tissu pulmonaire présente quelques petits noyaux indurés autour de l'excavation

qui ne communique pas avec les bronches, pas d'odeur, rien au cœur, sinon quelques plaques atheromateuses à l'origine de l'aorte, reins volumineux, le droit surtout, pas d'altération évidente ; foie rouge foncé très volumineux, rien sur le plancher du quatrième ventricule.

L'observation suivante due à M. Dumontpallier montre que la congestion pulmonaire chez l'enfant peut avoir un caractère très grave.

OBSERVATION XIX

Dumontpallier. Thèse de Leroux.

Cet auteur a soigné une petite fille de 4 ans ; elle était souffrante depuis 5 mois, il a constaté de l'affaiblissement, de la maigreur, mais il n'existait aucune lésion organique en rapport avec l'état général. Les poumons, le foie, la rate, l'intestin, ne présentaient aucun symptôme qui pût rendre compte de l'amaigrissement, de la fièvre irrégulière et de la tristesse de l'enfant. L'appétit était conservé, la soif était assez vive et les besoins d'uriner fréquents. L'analyse des urines démontre l'existence d'une grande quantité de glycose, sans augmentation notable de l'urée.

Le grand-père, le père et l'oncle de l'enfant étaient goutteux, l'enfant mourut un an environ après le début des symptômes, enlevée par une asphyxie progressive, symptomatique, d'une congestion pulmonaire.

CONCLUSIONS

On observe assez souvent chez les diabétiques, soit la pneumonie lobaire, à pneumocoques, soit la pneumonie lobulaire, soit la congestion pulmonaire.

Ces maladies empruntent au diabète certains caractères spéciaux relatifs à leur marche et à leur mode de terminaison.

Contrairement à l'opinion généralement admise, la pneumonie lobaire peut guérir chez un diabétique, mais les observations publiées en sont très rares.

Dans la grande majorité des cas, la pneumonie se termine par la mort, soit qu'elle emporte les malades par une marche foudroyante, soit qu'elle aboutisse rapidement à l'hépatisation grise. La mort par gangrène ou par urémie sont deux autres modes de terminaison possible.

La broncho-pneumonie de nature non tuberculeuse paraît plus rare chez le diabétique que la pneumonie lobaire. Comme cette dernière, elle peut se terminer par guérison, mais le plus souvent aussi, elle aboutit à la mort et le malade succombe soit à l'adynamie, soit à une asphyxie rapide, soit à la gangrène pulmonaire. Dans certains cas, elle se termine par le passage à l'état chronique et donne naissance à une pneumonie fibreuse qui simule la tuberculose.

La pneumonie comme la broncho-pneumonie peuvent évoluer insidieusement et ne se révéler qu'à l'autopsie des malades morts dans le marasme diabétique.

Dans l'une et l'autre forme, on aura surtout à lutter contre la dyspnée, contre la tendance aux congestions, à la gangrène, à l'adynamie et au collapsus.

La congestion pulmonaire est fréquente chez les diabétiques. Tantôt elle s'y montre à l'état isolé, tantôt elle y est associée à une autre lésion pulmonaire : bronchite, broncho-pneumonie, pneumonie.

Lorsque la congestion pulmonaire survient à l'état isolé, elle peut se présenter sous ses deux formes : la forme pneumonique (C. pulmonaire de Woillez) ; la forme pleurétique (spléno-pneumonie de Grancher).

La première forme ne présente rien qui soit particulier au diabète. Quant à la seconde forme, le seul cas qui en ait été publié s'est terminé par la mort.

La pneumonie lobaire, mais surtout la broncho-pneumonie et la congestion pulmonaire, peuvent aussi compliquer le diabète de l'enfant. Tous les cas que nous connaissons ont été mortels.

Vu : le Président de la thèse,

DIEULAFOY

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Bouchardat.** — Mémoires de l'Académie de médecine, 1851.
- Marchal de Calvi.** — Recherches sur les accidents diabétiques, 1864.
- Jaccoud.** — Cliniques de la Charité, 1867.
- Jaccoud.** — Article Diabète du Dictionnaire.
- Pavy.** — Ou diabetes, 1869.
- Durand-Fardel.** — Traité clinique de thérapeutique du diabète, 1872.
- Cantani.** — Le diabète sucré et son traitement diatéti-
que, 1876.
- Barth.** — Dictionnaire Dechambre, art. Pneumonie.
- Demange.** — Dictionnaire Dechambre, art. Diabète.
- Lécorché.** — Traité du diabète, 1877.
- Redon.** — Thèse de doctorat, 1877.
- Leroux.** — Thèse de doctorat, 1880.
- Bourdel.** — Thèse de doctorat, 1884-85.
- Frerichs.** — Traité du diabète, 1885.
- Dreschfeld.** — Union médicale, 1885.
- Inglessis.** — Thèse de doctorat, 1884-1885.
- Queyrat.** — Revue de Médecine, janvier 1885.
- Rojas.** — Thèse de doctorat, 1887.
- Lécorché.** — Le diabète chez la femme, 1890.
- Seegen.** — La glycogénie animale, 1890.
- Aphorismes sur le diabète sucré, in Wiener medica-
Wochens., XX, 1870.

